16

# CONTRIBUTIONS

## A L'HISTOIRE DES

# TUMEURS LYMPHATIQUES

## DISSERTATION INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR

par

CHARLES HARTMANN

DE BOUXWILLER (BAS-RHIN).

**STRASBOURG**

IMPRIMERIE DE R. SCHULTZ & COMP.

1880.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30576234

A MM. LES PROFESSEURS

LÜCKE et JÖSSEL

CH. HARTMANN.

# CONTRIBUTIONS

## A L'HISTOIRE DES

# TUMEURS LYMPHATIQUES.

Si la connaissance des tumeurs, rentrant par leur structure et leur contenu dans le système lymphatique, ne remonte pas à bien des années, il faut en chercher la cause dans l'ignorance absolue qui a longtemps régné sur l'anatomie normale de ce système. De même que les troncs lymphatiques et les ganglions ont été pendant longtemps les seules parties constituantes connues de ce système, ce sont aussi les observations d'affections de ces parties qui sont les plus anciennes en date. Quant à l'origine des lymphatiques, on l'ignorait absolument avant les travaux de Lauth, Fohmann, Panniza, qui, à partir de l'année 1830, avaient réussi à injecter au mercure des réseaux d'une remarquable ténuité et composés d'une quantité innombrable de petits conduits excessivement fins. Il va sans dire qu'en face d'une découverte aussi nouvelle on se hâta de proclamer que tout lymphatique a pour point de départ un réseau. Cette doctrine resta souveraine jusqu'en 1862, où M. le professeur v. Recklinghausen, par sa méthode d'imprégnation au nitrate d'argent, réussit à

rendre visible le système lacunaire et canaliculaire généralement reconnu aujourd'hui comme constituant l'origine des vaisseaux lymphatiques.

Nous ne traiterons des dilatations des troncs et des réseaux qu'en dernier lieu, devant repasser préalablement l'histoire de deux formes spéciales d'ectasie lymphatique connues depuis longtemps dans leur marche clinique, mais longtemps mal interprétées quant à leur étiologie, leur développement et leur anatomie : la *macroglossie* et les *kystes congénitaux*. Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de cas du premier groupe, mais nous rapporterons l'histoire de quelques affections se rattachant au second. Deux d'entre elles proviennent de la clinique de M. le professeur Lücke, qui a bien voulu nous en communiquer deux autres, observées par lui dans sa clientèle privée; la cinquième s'est présentée tout récemment au service de M. le professeur Bœckel.

## I. DE LA MACROGLOSSIE.

Cette affection, méconnue longtemps dans sa constitution anatomique et ses constitutions étiologiques, avait été observée dès l'antiquité. Au dire de Blandin[1], Galien l'avait vue, mais la guérison de son malade par des laxatifs et l'application[2] de topiques calmants, tels que le suc de laitue sur l'organe tuméfié, éveille de justes soupçons sur l'identité de cette maladie avec celle que les auteurs ont décrite après lui. Un chirur-

1. Blandin. Dictionnaire de méd. et de chirurgie pratiques, art. Langue.
2. Galien. De differentibus morbis, cap. IX.

gien suédois, Hoffmann, avait pratiqué, dès la fin du dix-septième siècle, à Stockholm, la résection de la langue chez un sujet atteint d'hypertrophie congénitale. Sandifort (de Leyde) et Claudini (de Bologne) en ont également rapporté des observations; d'autres sont dispersées dans l'histoire, mais elles ont été passées sous silence, et c'est Vidal (de Cassis) qui, le premier, leur a assigné leur place dans un traité classique.

Comme toutes les maladies dont on ignore la structure et le développement, l'hypertrophie de la langue a été décorée de diverses dénominations, inspirées soit par l'aspect extérieur que présente l'organe ainsi altéré, soit par les idées théoriques courantes. C'est ainsi que Caspar Peucer[1] la nommait *lingua vituli, lingua vitulina*, langue de veau, parce qu'elle pendait *instar vitulorum recens jugulatorum;* d'autres l'appelaient *lingua propendula*, chute de la langue (Boyer), d'autres encore glossoptose, Ruhbaum[2] glossocèle, les autres enfin macroglossie, terme qui a prévalu et s'est maintenu jusqu'à nos jours.

A une époque où l'usage du microscope n'était pas encore introduit régulièrement dans la pratique médicale, les observateurs, en se trouvant en face d'une langue augmentée plus ou moins de volume, la considéraient tout naturellement comme hypertrophiée. On trouvait la consistance de la langue normale, ou si elle présentait des foyers d'induration ou quelque dilata-

---

1. Caspar Peucer. Commentar. de præcipuis divinationum generibus. Hanoviæ 1607. Chap. de Teratologia, p. 732.

2. Arch. générales de médecine, 4e série, t. II, p. 95, 1843.

tion veineuse (van Leuw[1]), on se les expliquait par des inflammations accidentelles; on amputait le bout saillant et on ne songeait guère à l'examiner plus attentivement. L'erreur, bien naturelle du reste, était puisée dans la marche même du mal, sur laquelle il a toujours régné un parfait accord parmi les observateurs. Dès la naissance on trouve la langue de l'enfant anormalement développée, mais parfaitement indolore et ne présentant d'ailleurs pas trace d'irritation. Souvent la maladie, peu développée à la naissance, ne gêne nullement la succion; alors elle n'attire l'attention que quand elle est devenue une difformité choquante ou quand elle entrave l'exercice régulier de quelque fonction. Alors on l'attribue ordinairement à la dernière cause dont il a été possible de constater l'existence, *post hoc, ergo propter hoc,* comme le prouve le cas de Sédillot[2], où la difficulté de la parole ayant décidé le médecin à pratiquer la section du filet, l'opération fut suivie d'une augmentation rapide de volume, altération qu'on ne manqua de lui attribuer. Tel est peut-être aussi le cas de Niemeyer, cité par Maas[3], où la macroglossie débuta chez une jeune fille de 18 ans, après un accès d'épilepsie, pendant lequel elle s'était mordu la langue. Le vice de conformation ou sa cause immédiate est congénital; l'accident, invoqué en dernier lieu, n'a joué que le rôle de cause occasionnelle.

---

1. Ludovicus de Leuw. De Macroglossia seu Linguæ Prolapsu. Diss. inaug. Berolini 1845.

2. Sédillot. Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1854, janvier à juin, page 332. Sur l'Hypertrophie de la langue.

3. Maas. Lang. Arch. f. Klin. Chir., t. XIII.

Quelquefois le début est très-brusque et en apparence absolument spontané. Tel était le cas de Harris[1], où une petite fille de 4 ans fut prise subitement la nuit d'une douleur de la langue qui se trouva être très-gonflée; la douleur disparut peu à peu, mais le gonflement persista. Ce sont des cas de ce genre qui ont été une cause fréquente de confusion entre la macroglossie et la glossite. On admettait que dans l'origine il s'agissait d'une hypertrophie simple, mais que, cette dernière une fois constituée, l'augmentation de volume de la langue ne relevait plus de l'altération originelle, mais était la conséquence des irritations de tout genre auxquelles l'organe était désormais exposé. Nous verrons qu'il y a quelque chose de vrai dans la seconde partie de cette proposition, et que l'erreur était surtout dans l'appréciation de la source de la macroglossie.

De temps en temps, quelquefois à des intervalles réguliers et correspondant même dans un cas de Langenbeck aux phases de la lune, la langue se gonfle, se tend, devient douloureuse, se couvre d'un enduit brunâtre, épais, s'excorie, saigne facilement, le tout accompagné d'un mouvement fébrile proportionnel à l'intensité des symptômes locaux. Il est bon de noter la bénignité réelle de ces épisodes, qui rarement ont occasionné la mort. Au bout de deux à trois jours les symptômes généraux s'apaisent, puis les désordres locaux disparaissent à leur tour, en laissant derrière eux une augmentation durable du volume de la langue. Tous les cas ne progressent pas de la manière sac-

1. Harris. Arch. générales de médecine, 1831, t. XXV, p. 263.

cadée, paroxystique, que nous venons d'indiquer, et nombre d'observateurs signalent un accroissement lent et fatalement progressif.

Quelle que soit la marche du mal, qu'elle soit épisodique ou régulière et graduelle, il peut arriver un moment où la langue, bridée par l'orifice buccal et les arcades dentaires, comme une hernie par sa porte ou son collet, peut présenter de véritables symptômes d'étranglement, comme l'a vu VOLKMANN[1]. La pression des dents est une cause fréquente d'ulcérations, mais quelquefois cet accident est prévenu par la déposition sur les dents et dans leurs interstices d'épaisses couches de tartre qui les recouvrent sous forme d'un enduit absolument lisse en les rendant inoffensives (cas de SÉDILLOT[2]).

Le mal semble n'avoir aucune limite définie et on a vu, en l'absence d'intervention chirurgicale, la langue atteindre dix fois son volume normal; comme l'a vu DELPECH[3] chez une jeune Espagnole de 26 ans, dont la maladie datait apparemment de cinq ans.

VOLKMANN ne considère pas chaque langue qui présente des dimensions anormales comme atteinte de macroglossie, et il exclut de ce groupe ces cas où la langue s'est développée dès l'origine au delà des limites ordinaires, parce que la voûte du palais se trouvait plus élevée grâce à un développement insuffisant des lobes frontaux, la voûte palatine s'étant élevée aux

---

1. VOLKMANN. Fall von cong. Macroglossie. Zeitschrift f. rationelle Medizin v. Henle et Pfeufer 1857, p. 333.

2. SÉDILLOT. Loc. citat.

3. DELPECH. Gazette des hôpitaux, 1831, p. 352.

dépens de l'étage frontal du crâne. Ici il s'agit d'une hypertrophie vraie, compensatrice, qui est l'apanage des crétins.

Nous avons dit que les auteurs considéraient autrefois que le point de départ était une hypertrophie simple de la langue dont le commencement remontait à la vie intra-utérine. Mais ce n'était pas là l'opinion de tous, et il y a eu un moment où on a agité la question de savoir si la macroglossie, en tant qu'augmentation de volume, constituait l'affection primitive, ou s'il ne s'agissait pas plutôt d'un prolapsus habituel qui était devenu dans la suite la cause de l'hypertrophie; on croyait expliquer l'augmentation de volume par la stase déterminée par le prolapsus. C'est cette idée théorique qui avait fait adopter de préférence à Lassus[1] la dénomination de *prolapsus linguæ* et qui lui avait fait rejeter toute intervention chirurgicale autre que la simple contention, la compression et la rétropulsion, comme l'avait pratiquée avant lui Leblanc, d'Orléans (1772), précepte que suivit Fréteau, de Nantes, après lui[2]. Lassus cite à l'appui de son hypothèse l'histoire d'un enfant chez lequel la macroglossie semblait due à l'habitude vicieuse de tirer la langue. Pasturel[3] fait remonter un cas de son observation à la même cause. Gayraud[4] admet l'opinion de Lassus, en cherchant à

---

1. Lassus. Du Prolongement morbifique de la langue hors de la bouche. Mémoires de l'Institut des sciences phys. et mathém., t. I, p. 1.

2. Fréteau. Journal de Sédillot, t. LVII.

3. Pasturel. Gazette des hôpitaux, 1863, et Gurlt. Lang. Arch., t. VIII, p. 467.

4. Gayraud. Étude sur le prolongement hypertrophique de la langue. Thèse de Montpellier, 1865, n° 68.

la consacrer par une argumentation basée sur les résultats de l'examen histologique de O. Weber[1], qui coïncident avec les siens. La macroglossie, dit-il, correspond dans l'origine à une hypertrophie du tissu musculaire, mais l'hypertrophie de ce tissu étant très-rare, la protrusion de la langue hors de la bouche ou sa tendance au déplacement sont la cause et non l'effet de l'exagération de volume. Quant à la cause du prolapsus, les uns l'ont attribuée à une paralysie des fibres qui retiennent la langue en arrière, les autres à une contracture de celles qui portent la langue en avant; pour d'autres il faut en accuser une atrophie par arrêt de développement du maxillaire inférieur qui, ne retenant plus la langue, la laisse pendre. Murrey Humphray[2] a vu le prolapsus se produire à la suite de violentes quintes de toux. Blandin[3], par contre, considère comme prouvé que tous les malades sont nés avec une langue plus volumineuse et que le développement successif s'en est opéré par une irritation ultérieure qui a amené un excès de nutrition. Mais la divergence d'opinions est tout aussi complète par rapport à la cause de cette hypertrophie congénitale. Comme on avait autrefois la tendance d'attribuer tous les vices de conformation, quels qu'ils fussent, au pouvoir de l'imagination de la mère, Maurant pensa dans son cas trouver l'explication de la macroglossie dans l'envie qu'avait eue la mère, pendant la grossesse, de manger

---

1. O. Weber. Virchow's Arch., t. VII.
2. Murrey Humphray. Arch. gén. de méd., 5e série, t. II, p. 96.
3. Blandin. Loc. citat.

d'une langue de bœuf[1]. Toutes ces diverses théories, plus ou moins accréditées, il est vrai, se trouvaient en présence quand arriva l'article de Virchow, qui contenait des données entièrement neuves sur la matière en litige.

Il faut bien rappeler qu'avant 1854 les opinions se transmettaient, sans que personne songeât à y ajouter autre chose que des théories, non pas issues de la saine observation des faits, mais résultant d'un pur travail de l'imagination. O. Weber[2] fut le premier qui chercha à opposer à la théorie une argumentation puisée dans l'examen anatomique; malheureusement il n'avait pas entrepris ses recherches dans un but réformateur, et, fidèle aux idées établies, ne se servit-il de sa pièce de macroglossie que dans le but d'étudier les phénomènes qui accompagnent la régénération des fibres striées. Trois ans auparavant Wagner avait publié une observation[3] où l'examen clinique avait permis de constater la présence sur la langue de saillies arrondies, que l'auteur considère comme de petits kystes, et pourtant il finissait en disant que l'analyse microscopique confirmait le diagnostic clinique en constatant qu'il s'agissait d'une hypertrophie simple de la langue. La même année que le travail de Virchow, parut le rapport de Sédillot[4], qui décrit une hypertrophie considérable des muscles, des nerfs, des vaisseaux, des

---

1. Maurant. Journal de Vandermonde, 1761, t. XV, p. 156.
2. O. Weber. Virchow's Arch., t. VII.
3. Wagner. Verhandlungen der Berliner Ges. f. Geburtshülfe, 1851, t. VI, p. 177.
4. Sédillot. Loc. citat.

papilles et de la muqueuse. Plus tard on trouve encore de rares auteurs qui confirment les données de Weber; tels sont Lambl[1], Valenta[2], Paget[3], Gayraud[4] et Maas[5]. Dans l'un de ses cas, Bardeleben[6] cite le cas de Grohe examiné par lui, et présentant aussi une hypertrophie vraie. Busch[7] trouva des foyers de différentes natures, les uns de prolifération conjonctive, les autres de néoformation de fibres musculaires. Mais ces rares observations disséminées n'ont pu invalider les résultats de Virchow, qui le premier découvrit la véritable nature de l'affection[8]. Un enfant, atteint d'hypertrophie congénitale de la langue et présentant en outre un développement exagéré de la région sous-maxillaire gauche, dû à la dégénérescence d'un ganglion lymphatique de cette région, fut amené à Textor, qui pratiqua une ponction exploratrice dans la langue et dans la glande dégénérée. La première ne donna que quelques gouttes de sang; la seconde fournit quelques cuillerées à bouche de lymphe. Le bout exubérant fut enlevé et remis à Virchow, qui le soumit à un examen minutieux. Il vit que la surface de section était occupée par un tissu caverneux renfermant un liquide clair et coagulable et des coagulums. Le septum avait absolument disparu pour faire place à un tissu caverneux à mailles

1. Lambl. Aus dem Franz-Joseph-Kinder-Spital in Prag, 1860, p. 184.
2. Valenta. Colossales cong. Cystenhygrom des Halses comb. mit Angiom u. Macroglossie. Oesterreich. Jahrbuch f. Pädiatrik, 1871, t. I, p. 35.
3. Paget et V. Gurlt. Lang. Arch., t. VIII, p. 467.
4. Gayraud. Loc. citat.
5. Maas. Ueber Hypertrophie der Zunge. Lang. Arch., 1871, t. XIII, p. 413.
6. Bardeleben. Handbuch der Chirurgie, VII. Auflage, Band III, p. 333.
7. Busch. Chirurgische Beobachtungen, p. 35.
8. Virchow. V. Arch., Band VII.

très-larges. Les trabécules de ce tissu contenaient des fibres musculaires, plutôt atrophiées qu'hypertrophiées, tandis que le tissu conjonctif se trouvait visiblement en état de prolifération. Les noyaux de quelques-unes des cellules de ce tissu se sont multipliés (plaques à noyaux multiples); dans d'autres, la substance protoplasmique s'est segmentée également. Sous l'influence de cette multiplication endogène se forment des foyers cellulaires de forme étoilée, qui s'agrandissent aux dépens des fibres connectives qu'ils séparent. Virchow considère les cavernules comme des lymphatiques ectasiés et assigne comme point de départ à la macroglossie une altération de la paroi vasculaire lymphatique et du tissu connectif. Les foyers de prolifération cellulaire entrent en communication avec les lymphatiques préexistants et ne sont autres que des lymphatiques en voie de formation. Cette communication, toute naturelle du reste, Virchow n'a fait que la supposer, n'ayant pu l'observer directement.

Pour confirmer ses résultats, Virchow examina une pièce déposée par Caspar von Siebold en 1791 à la collection anatomo-pathologique de Berlin, et parfaitement conservée dans l'alcool. Cette pièce, qui provenait d'un cas de macroglossie congénitale opérée à 12 ans, se trouva présenter une structure absolument identique.

Virchow considère que l'altération du tissu lingual est due à une stase de la lymphe dans les vaisseaux efférents, conclusion qui lui semble ressortir de la concomitance de l'affection du ganglion lymphatique sous-maxillaire. En effet, on connaissait avant lui nombre d'observations de dilatation des troncs lymphatiques à

la suite d'obstacle à la circulation de retour, sur lesquelles nous reviendrons en temps et lieu. VIRCHOW conclut, en établissant deux modalités différentes : dans l'une, où la marche est chronique, la prolifération du tissu connectif prend plutôt le caractère fibroïde; dans l'autre, la marche est aiguë et c'est dans ces cas que l'altération prend le caractère kystique, l'une se rapprochant de la glossite chronique, l'autre ayant de l'analogie avec la forme kystique de l'éléphantiasis congénitale ou acquise.

Le travail de VIRCHOW donna l'éveil sur cette maladie, qu'on s'était habitué à ne plus examiner, trouvant toute naturelle la théorie de l'hypertrophie. La plupart des auteurs confirmèrent ses résultats; quelques-uns même les complétèrent.

VOLKMANN[1] trouva la prolifération du tissu conjonctif sous forme d'une hypertrophie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, de même que l'atrophie des faisceaux musculaires. Les papilles étant tuméfiées, tendues, claires, il les considère non pas comme les espaces caverneux de VIRCHOW, mais comme se trouvant en état d'infiltration œdémateuse et désigne cet état sous le nom de *dégénérescence hydropique des papilles.* La marche saccadée qui avait caractérisé son cas, ces douleurs temporaires, ces tuméfactions transitoires, le portèrent à comparer la macroglossie à une métrite chronique avec *direkter Uebergang einer entzündlichen Tumefaction in eine bleibende Geschwulst.*

---

1. VOLKMANN. Fall v. cong. Macroglossie, Zeitschrift f. rationelle Medizin von Henle u. Pfeufer, p. 333.

L'année d'après, en 1858, parut le travail de Billroth[1], basé sur une pièce de Wagner[2], un cas de Virchow, datant de 1856, et une observation de macrochilie ou hypertrophie de la lèvre, recueillie par lui-même et dont il établit l'identité avec la macroglossie. Il s'y agissait d'un jeune homme de 15 ans, né avec un développement frappant de la lèvre supérieure, resté stationnaire jusqu'à 13 ans, mais qui, à cette époque, se gonfla subitement et devint douloureux à la suite d'un refroidissement. A 14 ans, même épisode, dans les mêmes conditions. La lèvre ayant augmenté considérablement de volume à la suite de ces deux exacerbations, Billroth en excisa une partie qui se collaba immédiatement après l'opération en répandant un liquide semblable à la lymphe, de façon à ne plus présenter que le tiers de son volume primitif. L'œil nu suffisait pour constater la structure caverneuse dont l'analyse microscopique trouva les détails tels que Virchow les avait décrits. Comme lui, Billroth reconnaît deux formes, dont l'une consiste en une dégénérescence caverneuse, l'autre en une simple néoformation de tissu conjonctif, les deux ne différant que par le produit de l'activité cellulaire, qui dans la première est un tissu dense, dans la seconde une substance liquide intercellulaire, en partie formée par la dégénérescence des cellules, en partie sécrétée par elles. Il n'a pas trouvé non plus la communication entre les cavernules et les lymphatiques préexistants; mais il n'en admet pas moins

1. Billroth. Beiträge zur Pathol. Histologie. Berlin 1858. Anhang über Cavernöse Lymphgeschwülste.

2. Wagner. Loc. citat.

la théorie de l'ectasie; il hasarde, du reste, l'hypothèse suivante : Si les interstices des faisceaux conjonctifs et musculaires sont les origines des lymphatiques, les masses cellulaires allongées qui, à la limite de la tumeur, pénètrent dans ces interstices et qui sont des lymphatiques en voie de formation, seraient par là même déjà en communication avec les lymphatiques préexistants.

Quant aux exacerbations aiguës, Billroth les considère comme des épisodes accessoires et ne leur reconnaît aucune signification pathogénique; aussi rejette-t-il l'idée d'une inflammation chronique: *Es liesse sich vom klinischen Standpunkte aus durchaus nicht vertheidigen, diese angeborenen Zustände als eine Entzündung zu bezeichnen.*

Maas[1], par contre, ne put découvrir les espaces lymphatiques et revint à l'opinion la plus ancienne en n'admettant pas que la langue, en l'absence de phénomènes inflammatoires, quitte le *statu quo* relatif dans lequel elle se trouve dès la naissance, en l'absence de phénomènes inflammatoires. L'inflammation, disait-il, peut bien avoir lieu dans la vie intra-utérine, mais est due tout particulièrement au prolapsus, qui expose la langue à toute espèce de traumatismes et d'irritations, et c'est par elle qu'à la simple hypertrophie s'adjoint la néoplasie conjonctive et la néoformation vasculaire.

Arnstein[2] n'admet aucune espèce de prolifération du tissu conjonctif. Pour lui, l'infiltration, vue par les

---

1. Maas. Ueber Hypertrophie der Zunge. Lang. Arch., 1871, t. XIII, p. 413.
2. Arnstein. Macroglossie. V. Arch., 1872, t. LIV, p. 319.

auteurs, est due à la migration des globules blancs qui peuvent se grouper sous forme de petits amas semblables à des follicules lymphatiques, dont le stroma adénoïde, mis à nu au moyen du pinceau, est constitué par les fibres conjonctives séparées par l'infiltration. Ce sont ces groupes folliculiformes, supportés par un réseau adénoïde, qui lui ont inspiré la dénomination de *lymphadénome caverneux.*

Gies[1], reprenant l'opinion de Virchow, distingue une forme congénitale, qui se rapproche de l'éléphantiasis congénitale et une forme acquise, qui n'est autre qu'une inflammation chronique interstitielle consécutive à des irritations locales.

Winiwarter[2] considère l'ectasie lymphatique comme un phénomène accessoire, qui accompagne la prolifération du tissu conjonctif, à laquelle prennent part les cellules de l'adventice des artères et celles qui constituent la paroi des capillaires. Les cellules embryonnaires qui résultent de cette multiplication, ne subissent pas toutes le même sort : les unes deviennent fusiformes et engendrent de nouvelles fibres connectives; de là un tissu fibreux, dense et pauvre en vaisseaux; les autres se réunissent en foyers circonscrits, entourés par le tissu conjonctif ambiant comme d'une espèce de capsule et prennent l'aspect de follicules lymphatiques; quelques-unes se munissent de prolongements au moyen desquels elles s'anastomosent entre elles pour constituer à ces follicules un réseau adénoïde semblable à celui des

1. Gies. Beiträge zur Macroglossie. Lang. Arch. 1873, XV, p. 640.

2. Winiwarter. Lang. Arch. 1874, XVI, p. 655. Ein Fall von angeb. Macroglossie combinirt mit Hygroma colli cysticum cong.

ganglions lymphatiques. Quand la néoformation en est arrivée là, il se forme des changements rétrogrades; du centre à la périphérie de chaque follicule a lieu une sorte de désagrégation, qui conduit à la formation d'une lacune qui tend à augmenter et qui contient du sérum et les résidus moléculaires provenant de la désagrégation cellulaire; les lacunes pourraient aussi se développer aux dépens des follicules par une *dégénérescence hydropique;* le tissu s'imbiberait de sérum, tandis que les cellules subiraient la dégénérescence graisseuse. La macroglossie serait donc, dans tous les cas, une inflammation chronique du tissu conjonctif, dont les produits subissent bientôt une métamorphose régressive. C'est en partant de ce point de vue, que Winiwarter propose la dénomination de *lymphomartige Wucherung.*

Les notions sur la macroglossie et les tumeurs lymphatiques en étaient là quand fut publié en 1877 l'article de Wegner, qui le premier depuis Virchow vint ajouter aux faits connus des renseignements vraiment nouveaux. Nous reviendrons sur cet article quand nous aurons fait l'histoire d'une autre espèce morbide non moins controversée que la macroglossie, celle des kystes congénitaux.

## II. DES KYSTES CONGÉNITAUX.

En 1815, Maunoir, de Genève, avait décrit une maladie à laquelle il donnait le nom d'*hydrocèle du cou* et qui avait toujours été confondue avec le goître, nom générique sous lequel on avait la tendance de réunir

toutes les tumeurs siégeant aux régions antérieure et antéro-latérale du cou. Quand elles étaient latérales, on les attribuait à la dégénérescence de quelques vésicules isolées de la glande thyroïde. Boyer, il est vrai, en avait différencié une forme spéciale, qu'il faisait partir d'une bourse séreuse, située en avant du cartilage thyroïde et de celle qui sépare le corps de l'os hyoïde de la membrane hyo-thyroïdienne. Percy, chargé de rendre compte du manuscrit de Maunoir, à l'Institut de France, fit un rapport absolument défavorable qui prévalut malgré les efforts ultérieurs de l'auteur[1]. Aussi ce mémoire resta-t-il ignoré et ne fut-il publié que dix ans plus tard[2]. Selon Maunoir, la maladie consistait dans la formation de kystes séreux, d'abord petits, puis augmentant dans la suite des ans, envahissant ainsi les parties latérale et antérieure du cou, et gênant la parole, la déglutition et la respiration. Le contenu de ces kystes était tantôt limpide, tantôt rougeâtre, tantôt couleur café, coagulable par la chaleur.

L'auteur considérait que cette tumeur, quoique généralement libre de toute connexion avec la glande thyroïde, pouvait quelquefois être en particulier constituée par elle. Il ponctionnait, évacuait le liquide et faisait passer un séton de part en part, suivant le plus grand diamètre de la tumeur, empêchant ainsi une nouvelle accumulation de liquide et provoquant une adhérence des parois.

---

1. O'Beirne. Observations et réflexions sur l'hydrocèle du cou. Arch. gén. de méd., 1834, 2e série, t. VI, p. 415.

2. Maunoir. Mémoire sur l'hydrocèle du cou, 1825.

Redenbacher[1] rapprochait ces tumeurs de la grenouillette, en établissant leurs connexions avec le plancher buccal, et les nommait *ranula congenita*, se basant sur l'absence, dans ses cas, des glandes sous-maxillaire et sous-linguale. Il avait reconnu que le contenu en est coagulable spontanément. Völkers et Wutzer les désignaient sous le nom d'*hygroma cellulosum colli*. Ce dernier rejetait toute intervention opératoire, de crainte de provoquer des inflammations qui s'établissent si facilement à la moindre lésion dans ces kystes. En 1834, James O'Beirne[2] citait trois observations relatives à des individus de 60 ans qui bien des années auparavant s'étaient aperçus de la présence à la région antéro-latérale gauche du cou de tumeurs fluctuantes à accroissement très-lent, qu'O'Beirne range dans la catégorie de celles qu'avait décrites Maunoir, dont il adopte la dénomination.

La première description détaillée remonte à César Hawkins[3], qui les dit congénitales et se composant de plusieurs kystes réunis, dans lesquels il y a une quantité si considérable de substance organique que la tumeur a une solidité particulière. Il cite une tumeur congénitale composée de plusieurs kystes séreux, occupant toute l'aisselle; une autre se prolongeant derrière le pharynx et remontant jusqu'à l'apophyse basilaire. Il compare l'aspect que présente la membrane enkystante

---

1. Redenbacher. Dissertatio inauguralis de ranula sub lingua congenita, 1828.

2. O'Beirne. Loc. citat.

3. César Hawkins. On a peculiar Form of congenital Tumour of the Nuk. Med. Chir. Transaction, 2e série, t. IV, p. 231.

de chaque kyste à celui du péritoine, ne se doutant pas sans doute que sa comparaison frappait si juste. Il traitait ces cas par ponctions successives, trouvant l'excision impossible. Il les considérait, du reste, comme primitivement formés dans le tissu cellulaire commun et expliquait leur développement en si grand nombre avant la naissance, en admettant une disposition lâche et aqueuse dans le tissu cellulaire du fœtus. Mais si Hawkins avait fait de grands efforts personnels pour se rendre compte de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la marche clinique de ces kystes, c'est à Wernher que nous devons la première histoire complète de la maladie, qu'il désigne avec Ammon sous le nom d'*hygroma cysticum colli*[1]. Il admet que l'hygroma peut se développer dans toutes les régions tant internes qu'externes, mais qu'il siége de préférence au cou — fait sur lequel Hawkins avait d'ailleurs déjà insisté —, à la nuque, à l'aisselle, aux régions périnéale et sacrée. Un cas observé par lui est très-intéressant comme exemple fort rare d'une guérison spontanée. Il se formait sous la peau qui revêtait la tumeur des saillies, qui prenaient une coloration de plus en plus foncée, à mesure que la peau s'amincissait; puis elles crevaient, en laissant échapper un liquide foncé, sirupeux, brunâtre. Après quelques jours, l'écoulement s'arrêtait et la tumeur se rétractait. Un processus curateur analogue s'était opéré sur un cas de kyste congénital de l'aisselle, observé par Tofft. Aussi Wernher propose-t-il de suivre l'exemple de la nature et de vider les tumeurs par des ponctions successives. C'est

1. Wernher. Die angeborenen Cystenhygrome. Giessen, 1843.

lui, le premier, qui a indiqué que les kystes pouvaient s'étendre dans la direction du plancher buccal et faisant saillie sous la langue, refouler cet organe en haut et en arrière, et simuler une grenouillette, expliquant ainsi ce que Redenbacher avait considéré comme une *ranula congenita*. Dans les cas où l'augmentation de volume se fait dans le sens de la profondeur, il se produit naturellement des embarras de la déglutition et de la respiration. Ammon croyait que ces kystes sont des pseudoplasmes institués par la nature médicatrice pour enkyster et rendre ainsi inoffensives certaines tumeurs malignes. Rokitansky les dérivait d'une hydropisie intra-utérine, remontant à une époque indéterminée. Cette anasarque, pensait-il, sépare les faisceaux conjonctifs qui, se rapprochant, s'épaississant et se fusionnant en certains endroits, constituent ainsi les parois membraneuses qui enkystent des quantités variables de liquide épanché. Cette hypothèse de Rokitansky, adoptée par Veit, Czerny et d'autres, trouvait une confirmation dans ce fait, qu'on a vu naître avec une anasarque généralisée des enfants atteints d'hygroma congénital. Meckel et Henke, frappés de la ressemblance de certaines tumeurs sacrées et périnéales avec la tête du fœtus, ont hasardé l'hypothèse d'une tendance de l'extrémité inférieure du rachis à prendre une forme analogue à la tête. Wernher les croit des produits pseudoplastiques, développés indépendamment du fœtus et indépendamment de tout organe, que par conséquent jamais ces tumeurs ne sont le résultat de la dégénérescence de quelque organe, des produits si identiques de structure, malgré leur diversité de siége, devant avoir nécessairement une origine unique. Mais il

évite de s'expliquer sur la signification de ce pseudo-plasme.

Une observation très-intéressante de Veit[1] se rapporte à un hygroma congénital siégeant dans la région axillaire et dont, avant lui, trois cas seulement (Sandifort, Hawkins, Tofft) avaient été décrits. C'était une petite fille mort-née, dont les deux moitiés du thorax étaient occupées chacune par une énorme tumeur présentant plusieurs foyers de fluctuation séparés par des brides résistantes, le tout accompagné d'œdème généralisé. Comme nous l'avons indiqué plus haut, Veit se prononce pour l'hypothèse de Rokitansky.

Roux (de Brignolles) localise, comme Hawkins, Rokitansky, etc., les kystes séreux dans le tissu cellulaire si abondamment répandu au cou[2]. Il ajoute que si on les a trouvés quelquefois dans les glandes du cou, c'est que le tissu cellulaire, dans ces dernières, en a été le siége primitif. «La compression, dit-il, exercée «autour du cou par le cordon qui l'entoure dans la vie «intra-utérine, celle que produit l'usage d'un col trop «serré chez l'adulte, peut déterminer une gêne suffi-«sante et provoquer l'inflammation d'un ganglion ou «d'un vaisseau lymphatique qui, en se dilatant, peut «servir de base à une poche séreuse, ou donner lieu «à un épanchement séreux, sanguin ou purulent fort «limité, autour duquel une cavité membraneuse pourra «néanmoins s'organiser avec la plus grande facilité,

---

1. Veit. Fall von Elephantiasis mit Cystenbildung. Verhandlungen der Berliner Ges. f. Geburtshülfe, t. VI, 1851.

2. Roux (de Brignolles). Des Kystes séreux du cou. Bulletins de l'Académie de médecine, 1854, t. XX, p. 113.

«dans un milieu si riche en tissu cellulaire et si facile «à déprimer.» — Et plus loin: «Ces poches, d'abord «simples dans leur organisation, acquièrent par la suite «un véritable épithélium.»

Si ses prédécesseurs avaient en partie localisé les kystes congénitaux dans le tissu cellulaire, Roux supposa avec raison — mais sans l'avoir prouvé — qu'il s'agissait ici d'une ectasie lymphatique. Mais, comme il en est de toutes les assertions purement hypothétiques, la doctrine de Roux tomba dans l'oubli le plus profond, et ce n'est qu'en passant et pour mémoire qu'il en est fait mention dans la thèse de Boucher[1].

Le second en date des ouvrages spéciaux publiés en Allemagne sur la matière qui nous occupe, est celui de Gurlt[2] qui, pour l'étiologie, se prononce de nouveau pour l'hypothèse de Rokitansky, se basant, comme Veit, sur la concomitance avec de l'anasarque généralisée. Il divise les tumeurs en unilatérales et bilatérales : les premières respectant toujours la ligne médiane; les secondes pouvant atteindre des proportions colossales et, formant comme une immense cravate au-dessous du menton, rejeter la tête en arrière. Il indique une seconde division en kyste uniloculaire et multiloculaire : quand la cavité est unique, la surface interne est compartimentée par des cloisons que Gurlt considère comme les reliquats des parois de petites cavernes originelles qui ont fini par se fusionner par

1. Boucher. Étude sur les kystes congénitaux du cou. Thèse de Paris, 1868.

2. Gurlt. Ueber die Cystengeschwülste des Halses. Berlin 1855. I. Theil. Hygroma cysticum colli congenitum.

atrophie de leurs parois. Billroth[1] termine son article sur les tumeurs lymphatiques caverneuses, ainsi baptisées par lui, en avançant qu'on pourrait peut-être aussi compter parmi elles les kystes congénitaux qui ne sont pas dus à la dégénérescence des glandes ou des bourses muqueuses, mais se forment dans le tissu conjonctif. Mais n'ayant, à cette époque, jamais eu l'occasion d'examiner un pareil kyste, il dut s'en tenir à la simple supposition.

Heusinger[2] ramenait les kystes congénitaux aux fentes bronchiales, considérant les uns uniloculaires, comme dus à la persistance de ces fentes, ainsi comme s'étant formés suivant le mécanisme des kystes par rétention, les autres multiloculaires, comme s'étant développés dans la cavité branchiale fœtale. La même année Arnold[3], ayant eu à observer deux cas, reprit la question, élimina l'idée que Luschka avait fait surgir en faisant du ganglion intercarotidien le siége éventuel de l'affection; car dans ses deux cas il trouva le ganglion intact à côté de la tumeur. Ayant de plus constaté l'immunité absolue de tous les organes ambiants, il fixa définitivement le siége des kystes dans le tissu conjonctif, qu'il prétend se trouver en état de *dégénérescence kystoïde,* état qu'il s'explique en admettant que les kystes sont le résultat de la destruction des éléments cellulaires conjonctifs, ainsi à peu près comme l'enseigne Winiwarter[4] pour la transformation en kystes

1. Billroth. Loc. citat.

2. Heusinger. Zu den Halskiemenbogenresten. V. Arch., t. XXXIII, p. 177.

3. Arnold. Zwei Fälle von Hygroma colli cyst. cong. etc., deren fragliche Beziehung zum Ganglion intercaroticum. Virchow's Arch., t. XXXIII, p. 193.

4. Winiwarter. Loc. citat.

des foyers folliculiformes. Les kystes une fois formés, leur accroissement s'opère grâce à la pression du liquide séreux qui s'y accumule et à la dégénérescence toujours nouvelle des cellules de la périphérie. Enfin Arnold les divise en superficiels et profonds, et assigne comme limite aux deux espèces, le muscle peaucier et l'aponévrose superficielle du cou; cette division n'est pas artificielle et est amplement justifiée par le pronostic.

Boucher[1] hésite entre deux théories: celle de Coote, auquel la présence de sang dans les kystes avait inspiré l'idée de dilatations veineuses qui s'isoleraient plus tard sous forme de kystes des vaisseaux qui leur auraient donné naissance, et celle de Luschka, qu'a adoptée aussi Perrin[2], et qui était d'autant plus tentante que le grand anatomiste avait découvert au périnée la glande coccygienne, identique de structure à la glande intercarotidienne.

En somme, les auteurs avaient, à ce moment, épuisé toutes les hypothèses possibles sur la nature et le mode de développement de l'hygroma congénital. Une seule idée s'était maintenue à travers les péripéties des recherches: celle de sa localisation dans le tissu connectif. Roux avait bien pensé à une origine lymphatique; Billroth en avait bien exprimé la possibilité, lui aussi; mais c'est à M. le professeur Lücke[3] qu'il

---

1. Boucher. Étude sur les kystes congénitaux du cou. Thèse de Paris, 1868.

2. Perrin. De la Glande coccygienne et des tumeurs dont elle peut être le siége. Thèse de Strasbourg, 1860.

3. Lücke. Geschwulstlehre, p. 124 et 284.

était réservé de démontrer anatomiquement le fait. Après avoir indiqué dans son chapitre sur l'hygroma congénital du cou que la constatation d'un endothélium sur la paroi des kystes serait un moyen de déterminer leur nature, et au moment de mettre son ouvrage sous presse, il lui fut amené un enfant âgé de 7 semaines et porteur depuis sa naissance d'une tumeur de la grosseur d'un poing, située dans l'aisselle. Une première ponction pratiquée par le médecin traitant avait donné un liquide séreux, mais sans amener aucun résultat durable; bien au contraire, une tumeur analogue se développa peu après dans la région lombaire, et une troisième à la face postérieure du bras droit, ce qui décida le médecin à pratiquer une seconde ponction, qui cette fois-ci ne fournit que du sang veineux. Quand l'enfant fut remis entre les mains de M. Lücke, il se trouva que la peau adhérente à la tumeur présentait plusieurs points de rétraction cicatricielle. Le diagnostic fut posé sur un hygroma congénital avec transformation d'une partie de la tumeur en tissu fibreux, d'une autre en tissu caverneux veineux, deux complications que M. Lücke avait constatées dès 1865[1] et dont la seconde explique pourquoi Robin, en analysant le contenu d'un kyste congénital, le trouva composé en majeure partie de globules rouges. L'enfant étant mort, Klebs en fit l'autopsie et constata en tous points le diagnostic clinique. La tumeur se composait d'un tissu caverneux dont les mailles contenaient soit du sang veineux, soit des coagulums, soit de la

1. Lücke. Virch. Arch., t. XXXIII, p. 330.

lymphe. En certains points la forme kystique prédominait; en certains autres il y avait prédominance de tissu fibreux. Comme le médecin traitant avait obtenu du sérum par la première ponction, il était évident qu'il devait s'être produit une transformation du contenu par ouverture d'une veine dans la cavité. KLEBS ayant pu constater par le procédé de l'argentation la présence d'un épithélium lymphatique sur la paroi des kystes, il était prouvé que les kystes congénitaux rentraient dans la catégorie des lymphangiomes caverneux.

La même année, M. WALDEYER, alors professeur d'anatomie pathologique à Breslau, démontrait l'origine lymphatique des kystes congénitaux du périnée, en examinant une pièce que lui avait remise REICHEL[1] et pour laquelle il proposa la dénomination de *lymphangioma cavernosum cysticum*. Un autre cas de kyste multiloculaire congénital, siégeant à la fesse droite chez un enfant de trois ans et demi, observé et décrit par FISCHER[2] et examiné par WALDEYER, présente la même structure que celui de REICHEL. Dans aucun cas il ne fut possible de découvrir un orifice de communication avec les voies lymphatiques environnantes. FISCHER rapproche son cas de celui que GILLES avait nommé *lipome hydatoide*[3], parce que les kystes étaient enfouis dans un milieu adipeux de 3 à 4 centimètres d'épaisseur, qui n'était autre chose que le panicule

---

1. REICHEL. Angeb. Lymphang. Cav. Cystic. bei einem 1 Jahr u. 5 Mon. alten Kinde. Virch. Arch., t. XLVI, p. 497.

2. FISCHER. Lymphang. Cyst. Cav. Cong. Lang. Arch., t. XII, p. 846, 1871.

3. GILLES. De Hygrom. Cystic. cong. Inaug. Diss., Bonn, 1852.

adipeux hypertrophié, intéressante combinaison du lipome avec le lymphangiome.

Le cas de VALENTA[1] rentre dans la même catégorie que celui de LÜCKE, comme l'indique l'entête de son article. Voyant la tumeur envahir les muscles de la joue, VALENTA la considère comme maligne.

KŒSTER[2], qui vit aussi une forme mixte d'angiome sanguin et lymphatique, arrive par son examen à la conclusion que le groupement des cellules en formes étoilées, communiquant ensemble, est dû à l'ectasie par regorgement des lacunes lymphatiques et propose, à l'exclusion de l'expression « lymphangiome », celle de *lymphangiectasie congénitale*. A partir de ce moment, le terme d'hygroma kystique disparaît définitivement dans la littérature, et les auteurs ont adopté à l'unanimité celui de lymphangiectasie et de lymphangiome.

Tâchons maintenant de décrire la marche clinique de ce qu'on appelait naguère les kystes congénitaux. Dès la naissance, les parents ont remarqué un développement anomal d'une des quatre régions déjà indiquées par WERNHER et GURLT : la région cervicale antérieure, antéro-latérale ou postérieure (cas IV de TRENDELENBURG[3]), l'aisselle, la région sacrée et le périnée. Dans certains cas la vie était incompatible avec le développement trop considérable de la tumeur,

---

1. VALENTA. Colossales cong. Cystenhygrom comb. mit cav. Angiom u. Macroglossie, loc. citat.

2. KŒSTER. Ueber Hygroma cyst. colli cong. Centralblatt f. die med. Wissenschaften, N° 30, p. 471, 1872.

3. TRENDELENBURG. 4 Fälle von cong. Halscysten mit Jodtinctur behandelt. Lang. Arch., t. XIII, p. 404.

comme chez l'enfant de Veit[1], qui ne vécut pas, et celui de Valenta[2], qui mourut 23 heures après la naissance. Dans le cas de Reichel[3] on se décida à consulter un médecin, parce que la tumeur, siégeant au périnée, avait fini par prendre des proportions telles, qu'elle empêchait absolument la station assise. L'accroissement prend souvent, en très-peu de temps, des proportions colossales, comme chez le petit malade de Kœster[4], où les symptômes d'asphyxie se manifestèrent dès le troisième mois, et celui de Lorain, mentionné par Virlet[5], qui s'éteignit peu à peu dans le marasme, à mesure que la tumeur s'aggrandit. Ce n'est toutefois pas un volume considérable, frappant dès l'abord, qui constitue le principal danger; c'est surtout la situation, comme l'ont très-bien indiqué Arnold, Lücke, Boucher, Virlet et d'autres. Quand la tumeur est séparée de la profondeur par l'aponévrose superficielle et le premier plan musculaire (peaucier), le développement se fait dans le sens de la surface, et alors se produisent quelquefois ces poches énormes, qui pendent plus ou moins bas le long du cou et de la paroi antérieure du thorax. Quand elle est unilatérale, elle n'atteint généralement pas des proportions aussi vastes; mais il n'est pas vrai, comme l'avait prétendu O'Beirne[6], que les kystes unilatéraux ont une

---

1. Veit. Loc. citat.
2. Valenta. Loc. citat.
3. Reichel. Loc. citat.
4. Kœster. Loc. citat.
5. Virlet. Des Kystes congénitaux du cou. Thèse de Paris, 1854.
6. O'Beirne. Loc. citat.

prédilection pour le côté gauche. Mais quelque grande que soit cette collerette, comme la désignait Roux, elle ne produit généralement qu'une défiguration, en envahissant éventuellement la joue, en détirant les traits, en déformant les os. Ce n'est que dans certains cas ultimes où elle refoule la tête dans l'hyperextorsion, qu'elle pourra devenir dangereuse; mais rarement elle sera la cause de la mort, à moins qu'elle n'ait déjà été une cause puissante de distocie.

Quand, au contraire, la tumeur est recouverte par le *fascia superficialis* et le peaucier, elle frappe moins au premier abord, mais l'état réel du petit malade est bien plus sérieux; en effet, dans ces cas-là, les kystes ont la tendance de se développer partout; il s'en produit autour du pharynx, de l'œsophage, de la trachée, le long desquels ils descendent plus ou moins bas et remontent jusqu'à l'apophyse basilaire, ainsi que l'avait constaté Hawkins. C'est alors qu'il s'agit bien et dûment d'une sorte de dégénérescence kystoïde, comme la voulait Arnold, envahissant le tissu conjonctif intermusculaire non moins que le tissu cellulaire lâche qui sépare les divers organes de la région. Une altération aussi profonde ne sera certainement pas sans déterminer des désordres variés selon le siége, mais toujours de la plus extrême gravité. Embarras de la déglutition, embarras de la respiration pouvant aller, ce dernier, jusqu'à l'asphyxie et dus au refoulement de la langue, dont la base abaisse l'épiglotte de manière à obstruer presque totalement l'entrée du larynx, compression des nerfs pneumogastri ques; vomissements ramenés par les auteurs à cette der nière, congestion

veineuse céphalique, etc. Le pronostic est d'autant plus grave que le traitement chirurgical, si efficace dans les cas de kystes superficiels et ceux de la seconde catégorie, qui ne se propagent pas trop profondément, devient absolument impuissant en face de ces cas par trop diffus.

Il est curieux de noter que ces enfants sont généralement bien nourris et ont l'air, hormis les désordres locaux, d'être doués d'excellentes constitutions, remarque qui a été faite aussi sur les enfants atteints de macroglossie. Comme cette dernière, les kystes congénitaux se distinguent par divers modes d'accroissement: tantôt lent et régulier, tantôt rapide, mais sans irrégularités (Kœster), il peut s'opérer par saccades, absolument comme nous l'avons vu pour la macroglossie, ainsi que le dit Fischer : *Von klinischem Interesse scheint mir die eigenthümliche Art des Wachsthums des Tumors zu sein. Die sehr verständige Mutter, welche ihr Kind gut beobachtet hatte, gab an, dass das jähe Wachsthum der Geschwulst von entzündlichen Erscheinungen, Röthe, Schmerz, Schwellung und Temperaturerhöhung begleitet gewesen war.*

Comme exemple de marche irrégulière, nous citerons le cas de Roux. Un homme de 40 ans s'était aperçu, à l'âge de 15 ans, de l'existence d'une tumeur arrondie, molle, fluctuante, indolore, qui s'accrut jusqu'à 21 ans, puis resta stationnaire jusqu'à 37, pour reprendre jusqu'à 40 sa marche progressive, qui le força définitivement à invoquer le secours de Roux. Quelquefois les kystes restent absolument latents pendant de longues années, puis se développent un beau jour sous

l'influence de causes parfaitement ignorées. C'est ainsi que, curieuse coïncidence, les trois malades d'O'Beirne ne vinrent se présenter à lui qu'à l'âge de 60 ans. L'un d'eux s'était aperçu de son mal douze ans auparavant, un autre treize.

Ordinairement la santé générale ne subit aucune atteinte tant que l'accomplissement d'aucune fonction n'est entravé; mais quand l'affection en est arrivée là, la mort peut intervenir par asphyxie ou par inanition; chez d'autres, la mort résulta d'une inflammation de mauvaise nature de la tumeur; rarement il s'est institué une guérison spontanée, telle que l'ont indiquée Wernher et Tofft, et la croissance n'est pas ici plus limitée que pour la macroglossie. Quand l'art intervient, souvent il détermine la guérison; mais, par contre, les cas de mort à la suite des opérations sanglantes ne sont pas très-rares dans l'histoire. Wurtzer ayant ponctionné et lié la tumeur chez un enfant, la mort s'ensuivit avec les symptômes de la résorption du pus. C'est ce genre de terminaison qui avait attiré depuis longtemps l'attention des chirurgiens sur la vulnérabilité toute particulière des hygromas congénitaux et avait fait rejeter à quelques-uns d'entre eux toutes les opérations sanglantes.

Comme symptômes physiques, les kystes congénitaux s'offrent au chirurgien sous forme de masses lobulées, présentant rarement une fluctuation régulière, ce qui a fait dire à un auteur que l'absence de fluctuation constitue un des caractères des kystes congénitaux. Il n'en est pas tout à fait ainsi, et si l'onde fluctuante ne se transmet pas d'un bout de la tumeur à l'autre, il n'en existe pas

moins des petits foyers de fluctuation correspondant soit à un seul, soit à deux ou plusieurs kystes restés en communication entre eux. Quelquefois même la communication persiste entre tous les kystes comme dans le cas de Nélaton, cité par Virlet, où une ponction pratiquée dans l'un d'eux vida toute la tumeur. La transparence n'a pu être que très-rarement constatée, ce qui s'explique, parce que les kystes sont généralement multiloculaires. Un fait très-caractéristique est la différence de consistance sur les différents points de la tumeur: élastique en un point, elle est solide et dure en un autre, ce qui correspond à la structure des kystes séparés par des brides fibreuses denses. Ce n'est que rarement qu'on a pu les trouver réductibles à la pression extérieure; par contre, ils augmentent fréquemment sous l'influence des cris, de l'effort, de la toux, ce qui s'explique par l'action des muscles, dont la contraction tend à refouler vers la surface leur contenu. Pour assurer le diagnostic, on sera fréquemment dans le cas de pratiquer une ponction exploratrice, qui fournira, selon les cas, une sérosité pure, ou plus ou moins altérée par la présence d'éléments du sang et de produits résultant de la désagrégation des matières contenues. De là la coloration rouge, couleur café, noirâtre.

Une circonstance vient rendre le diagnostic plus difficile: c'est la situation profonde des kystes du second groupe et surtout le développement de formes mixtes, telles que Lücke, Billroth, Waldeyer les ont démontrées. Plus ou moins de tissu adipeux et fibreux dans la tumeur en changent bien aisément tous les

caractères propres, surtout quand la transformation fibreuse et le développement de tissu adipeux s'opèrent vers la surface.

Nous avons vu, chemin faisant, qu'il existe de nombreux points communs à la macroglossie et aux hygromas kystiques. Les deux sont généralement congénitaux et ont la tendance à se développer indéfiniment. Quelquefois ils restent stationnaires pendant un temps plus ou moins long pour reprendre, sans cause apparente, leur marche progressive. Le début de cette recrudescence, souvent insidieux, peut être accompagné de symptômes aigus généraux et locaux; c'est l'augmentation graduelle et inaperçue qui explique beaucoup de prétendus cas acquis. Enfin les deux ont été observés en même temps sur le même sujet, et une concomitance répétée ne peut certes pas passer pour fortuite (Virchow, Valenta, etc.). Quant au traitement des kystes, nous y reviendrons plus tard.

## III. DES LYMPHANGIECTASIES ET DES LYMPHANGIOMES.

En faisant l'histoire de la macroglossie et des kystes congénitaux, nous avons passé en revue une bonne partie des faits avérés de lymphangiectasie et de lymphangiome, la macroglossie en particulier ayant été appelée dans l'origine à faire les frais des recherches entreprises sur ce sujet. Les kystes congénitaux nous ont fourni moins de renseignements, parce qu'ils n'ont pu être déterminés que grâce aux résultats obtenus

par l'examen des pièces provenant de macroglossies et d'autres localisations.

Les faits d'ectasies lymphatiques les plus anciens en date sont, comme nous l'avons fait pressentir dans l'introduction, ceux des troncs et des réseaux superficiels. Elles ont été observées une fois sur le ventre par Fitzer[1], sous forme d'une bande de varices lymphatiques; deux autres fois par Morgagni, sous forme de dilatations des chylifères; mais elles siégent de préférence aux extrémités inférieures et au prépuce, comme le prouvent les cas de Bichat, Demarquay[2], Desjardins[3], Beau[4], Rindfleisch, Ricord, Huguier, Verneuil[5]. Broca[6] cite un cas de dilatation en chapelet des lymphatiques de la face postérieure du coude.

Leurs causes sont multiples; Beau les attribuait au froissement excessif des tissus, tels qu'ils se produisent aisément dans le coït, en amenant la perte de la tonicité vasculaire; Meckel (1818), à l'effort. Dans d'autres cas, le climat semblait jouer un rôle prépondérant, et Desjardins considérait que, vu la fréquence des maladies de la peau dans les contrées intertropicales (Bourbon, Maurice, Réunion), il serait possible que le

---

1. Fitzer. Arch. f. physiolog. Heilkunde, 1849, t. VIII, p. 128.

2. Demarquay. Recherches sur la Lymphorrhagie et les dilatations des vaisseaux lymphatiques. Mém. de la société de chir. de Paris, 1853, t. VIII, p. 139.

3. Desjardins. Mémoires sur un cas de dilat. variqueuse du réseau lymphatique superficiel du derme. Émission volontaire de lymphe. Mém. de la société de biologie, 1854, p. 28.

4. Beau. Note sur la dil. variqueuse des vaisseaux lymph. du prépuce. Revue médico-chirurgicale de Paris, 1851, t. IX, p. 22.

5. Verneuil. Bulletin de la soc. anatom. de Paris, 1852, p. 256.

6. Broca. Idem.

système lymphatique cutané y soit aussi plus vulnérable. Cette opinion trouve un puissant appui dans ce fait que certains malades, originaires de ces contrées, ont trouvé, par un séjour prolongé en France, une guérison qu'aucun moyen n'avait pu déterminer dans leur patrie (Saint-Pierre et Petit. — Réunion). Dans le cas de Friedreich[1] ce furent des bubons syphilitiques de l'aine qui produisirent la stase de la lymphe dans les troncs du pénis. Ailleurs la lymphostase était due à un obstacle à la circulation veineuse par vice organique du cœur[2], comme l'a vu Petters (sténose des deux orifices auriculo-ventriculaires); cette influence de la stase veineuse est bien naturelle quand on pense à la solidarité qui existe entre la circulation veineuse et la circulation lymphatique. Virchow[3] vit une lymphangiectasie généralisée chez un veau nouveau-né, dont le canal thoracique était obturé par une thrombose de la veine jugulaire interne; un autre cas non moins convainquant, rapporté par Virchow, remonte à Carlswell, et traite d'un homme de 26 ans dont le canal thoracique étant obstrué, les lymphatiques, situés en amont, étaient transformés en canaux énormes jusqu'aux aines. Des expériences ont bien été faites pour prouver l'erreur de cette hypothèse. Théophile Anger[4] a pratiqué plusieurs fois sur le chien la ligature du canal thoracique, sans n'avoir jamais pu obte-

---

1. Friedreich. Würzb. Verhandlungen, Band II, S. 319.

2. Petters. Lymphangiectasis. Prager Vierteljahrschrift, t. IV, 1861.

3. Virchow. Loc. citat.

4. Théophile Anger. Des tumeurs érectiles lymphatiques. Adénolymphocèle. Thèse de Paris, 1867.

nir qu'une dilatation temporaire des vaisseaux en amont. Se basant sur ce fait, Anger renonçait à trouver une explication positive de la varice lymphatique qu'il attribuait à une hypertrophie idiopathique de la paroi, en admettant, en désespoir de cause, une diathèse variqueuse lymphatique, ajoutant prudemment qu'il fallait «cacher notre ignorance sous ce vilain mot». Mais Anger n'avait jamais lié qu'un canal thoracique unique, ne songeant pas à rechercher s'il n'y en avait pas deux; et pourtant Sandifort, Walter, Sömerring, Otto l'avaient vu double; Cruikshank l'avait même vu triple. Aussi la circulation collatérale s'effectue-t-elle facilement, comme l'a démontré Magendie sur le cheval. Elle pourra s'effectuer à la rigueur chez un animal absolument sain, même quand le canal thoracique est unique, grâce aux nombreuses anostomoses entre les chylifères et les lymphatiques (Vladan Georgjevic), et par les nombreuses communications qui, par l'intermédiaire des espaces lymphatiques, existent entre les capillaires sanguins et les capillaires lymphatiques. Mais le fait ressort bien clairement d'une observation très-complète due à Bryk[1], où l'autopsie décéla une sténose du canal thoracique due à la compression exercée sur ce canal par un amas de ganglions, et une seconde obstruction à l'endroit où le canal thoracique s'abouche dans le confluent de la veine jugulaire interne et de la veine sous-clavière gauche, ce qui expliquait l'ectasie lym-

1. Bryk. Ulceröses Lymphangiom der Füsse (Elephantiasis lymphorrhagica). Lang. Arch., t. XXIV, 1879, p. 273.

phatique des deux jambes d'une part et du bras gauche de l'autre.

Rarement ailleurs qu'au prépuce et au gland il s'est rencontré une dilatation isolée des troncs, comme elle l'était dans les cas de Fitzer et de Broca; habituellement elle accompagne celle des réseaux, qui présente un aspect chagriné spécial, que Demarquay comparait à celui de la pelure d'orange. Les élevures de cette surface rugueuse correspondent à de petites vésicules lymphatiques sises sur la longueur des vaisseaux formant le réseau superficiel du derme et jusqu'auxquelles on peut les poursuivre (Michel[1]). Ces vésicules peuvent se développer peu à peu vers la surface aux dépens de la face cutanée de leur paroi et de la couche de peau qui les recouvre; finalement la vésicule n'est plus recouverte que de quelques couches d'épithélium corné, qu'un choc, un effort ou la simple progression de la vésicule finissent par rompre en déterminant un écoulement de lymphe ou lymphorrhagie qui, dans quelques cas, a été le premier signe de la maladie, comme l'a vu Demarquay[2] chez un jeune homme de 17 ans dont, au retour d'une promenade, la chemise se trouva imprégnée de lymphe qui s'écoulait par un orifice tellement petit, qu'il fallut recourir à la loupe pour le découvrir. La quantité de lymphe ainsi émise peut atteindre des proportions très-considérables (40 grammes par heure dans le cas de Georgjevic). Cette spoliation organique est souvent très-

1. Michel. Gaz. médicale de Strasbourg, 1853, p. 114.
2. Demarquay. Loc. citat.

bien supportée; mais il existe des exemples du contraire, témoin le cas de THILESEN[1], où les variations en plus de l'écoulement de lymphe étaient régulièrement compliquées d'une aggravation de l'état général.

Jusqu'ici nous avons négligé d'établir une différence entre les ectasies des réseaux et des troncs sous-cutanés et celles des réseaux et des troncs intraglandulaires. Anatomiquement parlant, il serait absolument inutile de les séparer, parce que les uns et les autres se composent d'une ectasie vasculaire à laquelle la différence de siége imprime nécessairement certains caractères différents. Les ectasies ganglionnaires sont constituées, en conséquence de la structure des ganglions, par des agglomérations de canaux rappelant vaguement dans leur aspect, ainsi que dans la sensation qu'elles donnent au toucher, un tas de vers enroulés (ANGER); mais en augmentant indéfiniment, elles peuvent aussi prendre le caractère kystique. Cliniquement la différenciation a été faite et on parle de lymphangiome simple et de lymphangiome ganglionnaire (NEPVEU[2]). La forme ganglionnaire fut pour la première fois diagnostiquée sur le vivant et décrite dans ses traits principaux par NÉLATON (1853), qui lui donna le nom de *tumeur érectile lymphatique*, dénomination à laquelle THÉOPHILE ANGER[3], dans sa thèse inaugurale, propose de substituer celle d'*adénolymphocèle,* tandis qu'AUBRY[4]

1. THILESEN. Günzburgs Zeitschrift f. kl. Medizin, t. VII, 1856, p. 447. Ein Fall von Lymphangiectasie.

2. NEPVEU. Du lymphangiome simple et glanglionnaire. Arch. gén. de médecine, 1872, p. 215.

3. TH. ANGER. Loc. citat.

4. AUBRY. Des dilat. des ganglions lymphatiques. Thèse de Paris, 1865.

la voulait *dilatation des ganglions lymphatiques*. La *lymphadénectasie* de Vladan Georgjevic[1] et le *lymphanévrisme* de Busch[2], sont deux autres termes également usités.

Nélaton pensait que ces malades finissent par tomber dans une sorte de cachexie, semblable à l'adénie, décrite par Trousseau, et due à l'annulation de la fonction hématopoiétique des ganglions (anémie lymphatique). Une autre circonstance vient assombrir le pronostic et par là justifier cette division : c'est la facilité avec laquelle s'instituent dans ces cas les infections purulentes, les ganglions opposant ordinairement une barrière relative aux produits septiques que charrie la lymphe, mais étant absolument aussi perméables que les vaisseaux par le fait de l'ectasie. C'est ainsi que mourut de pyhémie le malade de Trélat, après avoir subi une opération de peu de gravité, celle d'une fistule anale; l'autopsie expliqua l'issue fatale, les aines et le périnée se trouvant envahis par du tissu caverneux lymphatique. Appuyée par de semblables exemples, l'idée d'un danger incontestable ne saurait soulever la moindre discussion; mais la différenciation ne peut être faite toujours dans la pratique. En effet, il ne faudrait pas admettre, et surtout il est impossible, d'après la théorie de la stase, d'admettre que les dilatations frappent les réseaux et les troncs à l'exclusion des ganglions, dont les cavités constituent une seule et même voie avec eux. Chez certains malades, les ganglions ont absolument disparu

1. Vladan Georgjevic. Ueber Lymphorrhœ u. Lymphangiome. Lang. Arch. f. kl. Chir., t. XII, 1871.

2. Busch. Abhandlungen Petersburger Aerzte, 1842.

et sont confondus dans la masse molle de la tumeur; chez d'autres, on les perçoit encore en partie ou en totalité et apparemment intacts, par la palpation à trouver la couche plus ou moins épaisse du tissu altéré; chez d'autres enfin ils se présentent avec les caractères déjà décrits, se distinguant par un degré plus ou moins grand de réductibilité. On a opéré indistinctement les uns et les autres et sans remarquer des différences aussi tranchées dans la marche ultérieure. Aussi faut-il rabattre un peu de la sévérité du décret de Nélaton, qui, ayant vu mourir de pyhémie son premier opéré, renonça à tenter l'aventure sur le second, en disant «qu'il n'est pas permis de toucher à ces tumeurs sans «exposer le malade aux dangers les plus sérieux».

En parlant de la lymphorrhée, nous n'avons pas rappelé que chez certains malades le liquide qui s'écoulait de la petite fistule présentait l'aspect du lait et que sa constitution chimique avait été trouvée identique à celle du chyle; de plus il a été observé chez certains malades des régions intertropicales des émissions de chyle avec les urines (chylurie). Le symptôme seul était connu, et l'autopsie n'était pas venue encore donner la clef de cette particularité, quoiqu'il semblât naturel *a priori* que si l'affection portait sur le domaine des vaisseaux chylifères, qui ne diffèrent des lymphatiques ordinaires que par leur contenu, la tumeur constituée par leur dilatation ne devait aussi s'écarter de celle des lymphatiques que par la substitution du chyle à la lymphe.

C'est à Weichselbaum qu'il fut donné de décrire un cas rentrant dans cette catégorie[1]: A l'autopsie d'un

1. Weichselbaum. Chylangioma cavernosum., V. Arch., t. LXIV, 1875, p. 145.

sujet mort de pneumonie et de scorbut, cet auteur trouva entre les feuillets du mésentère une tumeur ayant l'aspect d'un *lipôme,* mais dont la surface de section présentait, enchâssés dans un milieu adipeux, des espaces caverneux communiquant ensemble, d'où s'écoulait une matière blanche, laiteuse. Weichselbaum pense que la tumeur primitivement lipomateuse, a subi une transmutation morbide par dilatation des chylifères et prolifération du tissu connectif.

Jusqu'à Wegner, les auteurs considéraient la plupart des tumeurs lymphatiques comme de simples télangiectasies, rangeant parmi ce nombre les tumeurs érectiles lymphatiques décrites par Aubry, Théophile Anger, Vladan Georgjevic et d'autres; mais on reconnaissait la valeur d'une véritable tumeur, d'un lymphangiome caverneux proprement dit, qu'à certains cas de macroglossie, de macrochilie, d'hypertrophie congénitale des paupières, du lobule de l'oreille. Wegner[1] reprit l'examen microscopique des pièces de Maas et de celle de König, décrite par Gies[2], pour confirmer les résultats auxquels il était arrivé avec un cas de sa propre observation. On se rappelle que Maas était, comme Weber, un des partisans de la théorie de l'hypertrophie. Weber a renoncé à son opinion, et les cas de Maas, ainsi que celui de Gies, se trouvent concorder avec celui de Wegner. Nulle part il n'a été possible de déceler des foyers de prolifération active, tels que les ont décrits Virchow, Billroth, Winiwarter; entre

1. Wegner. Ueber Lymphangiome. Lang. Arch., t. XX, 1877.
2. Gies. Loc. citat.

les faisceaux musculaires se trouve en grande abondance un tissu conjonctif à fibres ténues, lâchement réunies en faisceaux ondulés, mais nullement du tissu dense, à gros faisceaux très-serrés, du tissu induré, cicatriciel. Dans ce milieu connectif lâche se trouvent des lacunes de différentes dimensions et de formes très-variées, dont on peut observer le passage dans les lymphatiques du tissu sous-muqueux, facilement reconnaissables à leur trajet ondulé, leur calibre irrégulier et les coagulums qu'ils contiennent. Dans les cavernules se trouvent contenus d'une part des coagulums finement granuleux avec des cristaux d'acides gras, d'autre part, et le plus souvent, des masses homogènes, brillantes, translucides, qui sont le résultat d'une dégénérescence toute particulière appartenant en propre aux thrombus lymphatiques et ayant, comme telles, une valeur réellement pathognomonique. Dans ces masses d'apparence vitreuse on remarque des petites places rondes ou ovalaires, parfaitement transparentes, formant quelquefois les secondes une sorte de couronne radiée, semblable à celle des noyaux des cellules géantes, sans qu'il soit permis pour cela de les prendre pour des nucléus, vu qu'elles résistent à l'action du carmin. En confluant, elles peuvent former des sortes de vésicules de dimensions différentes dans un même thrombus. Wegner les croit parentes des corps lardacés de la dégénérescence colloïde et pense que les lymphothromboses, de la dégénérescence desquelles elles représentent le dernier degré, sont dues à la stase de la lymphe déterminée elle-même par quelque obstacle central qu'il ne lui a pas été donné de découvrir, mais

qui peut être ou une obturation secondaire des vaisseaux efférents résultant éventuellement d'une inflammation pendant l'état fœtal, ou à un vice de formation, un développement insuffisant de vaisseaux lymphatiques efférents. KLEBS admet que la cause de la lymphostase peut être aussi donnée par un afflux plus considérable de lymphe[1], dû à un développement vasculaire sanguin trop considérable. La théorie de la stase explique bien naturellement pourquoi à la langue la dilatation augmente de la pointe à la base; mais malgré de nombreux autres faits venant à son appui, on se demande pourquoi dans le cas de WEGNER il a été possible de réduire complétement par la pression la tuméfaction de la langue et de la lèvre supérieure, et pourquoi le traitement par la contention, la compression et la rétropulsion n'a pas été plus efficace; il reste aussi quelque peu problématique comment une guérison a jamais pu s'instituer dans cet état des choses; en effet, si l'écoulement de la lymphe est empêché en grande partie, la circulation n'ayant plus lieu que par des anastomoses périphériques, comment espérer qu'en excisant un bout de la langue, les choses en restent là; car quoique par l'opération on ait restreint le champ circulatoire de la lymphe dans la langue et par là diminué la quantité du liquide offert aux vaisseaux efférents, les choses s'en trouvent pour le moins encore dans le même *statu quo* qu'à l'origine du mal, qui devra nécessairement se reconstituer. Et pourtant on n'a pas eu lieu d'observer souvent des récidives.

1. LANGHANS. Lymphangiom der untern Extremität. Virchow's Arch., t. LXXV, p. 293, 1879.

Wegner considère comme un phénomène accessoire l'hypertrophie du tissu conjonctif; nourri trop abondamment par cette lymphe qui y circule en plus grande quantité et plus lentement, il doit forcément prendre un développement exubérant.

La réplétion exagérée des lymphatiques peut devenir un empêchement à la circulation du retour dans les veines qui se dilatent également; les parois qui séparent une ectasie veineuse d'une ectasie lymphatique s'amincissent par usure, et c'est ainsi que s'établit finalement une communication entre la veine et le lymphatique, que se constitue un *hématolymphangiome mixte*, processus dont Wegner a pu observer toutes les phases. La pression du sang tend à rendre plus régulières les cavités lymphatiques où désormais il circule, parce qu'elle sera d'autant plus élevée que la petite impasse à traverser sera étroite; mais ce changement s'opère non sans déterminer une certaine irritation du tissu connectif, qui devient embryonnaire, et où se forment alors de nouveaux vaisseaux suivant le mode qu'a décrit Weichselbaum[1].

Quant aux tuméfactions épisodiques, elles sont franchement inflammatoires, ce qui ne peut étonner, quand on se représente dans quelle opportunité morbide constante se trouve la langue ainsi altérée entre les dents et au contact constant de l'air extérieur. Que la moindre vésicule lymphatique superficielle crève, que la moindre fissure, la moindre éraillure se produise, et le système lymphatique se trouve là à nu, tout prêt à recevoir les

---

1. Weichselbaum. Loc. citat.

matières inflammatoires. Mais ce qui est étonnant, c'est que les épisodes, loin d'amener une rétraction cicatricielle, laissent derrière eux une augmentation de volume. C'est là ce qui décide WEGNER à se demander si ces cas (VOLKMANN), où on ne trouve plus que du tissu connectif, ne sont pas plutôt le stade terminal, le résultat de la rétraction cicatricielle, portant sur tout l'organe. C'était avant lui déjà l'opinion de M. LÜCKE.

Du résultat de ses recherches, WEGNER conclut que la macroglossie, la macrochilie, etc., ne sont pas des lymphangiomes caverneux, mais de simples ectasies lymphatiques, des *lymphangiomes simples*, comme il les appelle. Sous le nom de *lmphangiome caverneux*, WEGNER cite trois cas, dont deux semblent dus à une simple stase; le troisième, au contraire, aurait pris son point de départ dans la prolifération des endothéliums lymphatiques; malgré cette différence d'origine, il les réunit, les trois, dans le groupe des lymphangiomes caverneux, parce que dans les trois, les cavernules sont parfaitement visibles à l'œil nu, mais sans encore mériter la dénomination de kystes. Ce cas avait rapport à un homme de 49 ans, porteur depuis près de huit ans d'une tumeur au front, qui avait débuté sous forme d'une petite pustule douloureuse et s'était accrue lentement en présentant de nombreuses oscillations dans son volume. Opérée pour un myxôme à la policlinique de Berlin, elle se trouva être composée d'un tissu caverneux dont les mailles contenaient les thrombus caractéristiques. Les capillaires étaient ectasiés et leurs parois composées de couches stratifiées de cellules, d'abord embryonnaires et indifférentes dans leur forme, puis

polygonales, puis s'applatissant graduellement jusqu'à prendre la forme des endothéliums normaux.

Ainsi des trois cas cités par Wegner pour des lymphangiomes caverneux, un seul est un néoplasme vrai, les autres ne sont que des dilatations. Il en ressort que les lymphangiomes caverneux, en tant que tumeurs proprement dites, sont encore infiniment plus rares qu'on pensait autrefois. Peut-être le jour arrivera-t-il bientôt où les tumeurs lymphatiques seront complétement éliminées du cadre des tumeurs pour être mises au même rang que les varices veineuses, en d'autres termes, ne sera-t-il plus question que de lymphangiectasies. Car, quand on pense au nombre infini de lacunes et de canalicules qui sillonnent le tissu connectif, on comprend aisément qu'une dilatation de ce système normalement si ténu, puisse engendrer des produits bien volumineux.

Sous le nom de *lymphangiome kystoïde,* Wegner réunit ces tumeurs, qui deviennent facilement énormes, qui se composent de véritables kystes en plus ou moins grande proportion, et qui ont perdu en partie les cacactères spéciaux de leurs congénères; ils ne communiquent plus guère, ou plus du tout avec les lymphatiques afférents et efférents, et ont pris la forme régulièrement arrondie des kystes. Pour démontrer leur origine lymphatique et prouver en même temps qu'ils résultent d'une dilatation pure et simple, Wegner a fait l'expérience suivante : Il a maintenu pendant des mois la cavité abdominale d'un lapin remplie d'air sous une pression constante et a vu se former entre les deux feuillets du péritoine des kystes aérifères communiquant

ensemble par groupes et affectant l'aspect de véritables tumeurs. L'air avait pénétré par les stomates dans les lymphatiques qui, sous l'influence d'une pression considérable, ont fini par atteindre ces proportions colossales. Toutefois WEGNER conclut, en proposant pour le mode de développement la division suivante:

I. Dilatation graduelle d'espaces préformés avec néoformation d'éléments endothéliaux (macroglossie). Ainsi ectasie, plus hyperplasie, comme les varices veineuses de la jambe.

II. Prolifération active des endothéliums lymphatiques, qui forment des masses de cellules embryonnaires, entre lesquelles se forment des espaces caverneux qui finissent par communiquer avec les véritables lymphatiques (III^e^ cas de WEGNER).

III. Par la prolifération du tissu connectif se forme un tissu embryonnaire et, par transformation de ce dernier, de nouveaux espaces lymphatiques (VIRCHOW, BILLROTH, WINIWARTER).

Comme les endothéliums ne sont que des cellules du tissu conjonctif modifiées, nous ne voyons pas la nécessité de séparer ces deux derniers groupes.

Il semblerait que dans certains cas la théorie de la stase ne suffise plus pour expliquer le développement des lymphangiectasies; c'est du moins l'opinion de LANGHANS[1] qui, l'an passé, observa une tumeur lymphatique de l'extrémité inférieure chez un sujet dont l'autopsie put être faite; mais l'examen le plus minutieux ne put découvrir la moindre imperméabilité, ni

1. LANGHANS. Loc. citat.

même une diminution de calibre de quelque vaisseau en aval. Ni la théorie de KLEBS, ni celle de WEGNER ne pouvaient expliquer la présence de cette tumeur, et LANGHANS croit qu'il s'est produit, pendant la période de développement, une altération sur place dans la paroi des lymphatiques trouvés ectasiés.

Quoi qu'il en soit du mode de développement des lymphangiomes, ils peuvent se diviser, cliniquement parlant, en deux formes bien distinctes : la première, *diffuse,* se perd peu à peu dans les tissus environnants et peut se développer sur de grandes surfaces; la seconde, *circonscrite,* constitue des tumeurs variant jusqu'à la grosseur d'une tête d'enfant.

Leur consistance est tantôt molle, pâteuse, tantôt élastique, comme celle des lipômes et des myxômes; comme eux ils sont fréquemment lobulés et présentent soit de la pseudofluctuation, soit de la fluctuation, cette dernière ordinairement en foyers circonscrits. Les formes caverneuses et simples peuvent être réductibles partiellement ou totalement; la forme kystoïde ne l'est pas, parce que, comme nous l'avons vu, elle a perdu peu à peu toutes ses communications avec le système lymphatique. La croissance en est lente; quelquefois elle présente des temps d'arrêt complets; d'autres fois elle augmente plus vite; la croissance épisodique ne constitue pas un mode distinct et est due aux exacerbations sur la signification desquelles nous avons suffisamment insisté. Ils peuvent subir des transformations qui les changent, en partie, tantôt en angiomes sanguins, tantôt en fibrômes; cette dernière transmutation peut être considérée comme un pro-

cessus curateur; selon le milieu où ils se développent, on peut aussi les voir combinés avec le lipôme (Weichselbaum, Waldeyer, Langhans). Leur contenu consiste en lymphe tantôt liquide, tantôt coagulée, qui peut subir la dégénérescence colloïde dans les cas anciens; de plus on y trouve des hématies, des leucocytes, des cellules granuleuses, des gouttelettes graisseuses, des cristaux d'acides gras, des granulations pigmentaires.

Quant à leur siége, on les a trouvés à peu près dans toutes les régions du corps : au cou, à la nuque, à l'aisselle, au sacrum et au périnée (kystes congénitaux), à la langue, aux lèvres, à la joue, au front (Wegner), au thorax (Veit, Pinner, Lücke, etc.), aux régions fessières, au bras, à la jambe, aux aines (adénolymphocèles), au pénis, aux reins (Heschl, *Wiener med. Wochenschrift* n° 30, 1861, p. 489), au mésenthère (Weichselbaum), à la conjonctive (Steudener, *Cav. lymphangiom der Cinjunctiva*, Virch. Arch., t. LIX, p. 413, 1874), au foie (Thomas, *Ueber ein Adenoma lymphangiomatodes der Leber,* Verhandl. der Würzb. phys. med. Gesellschaft, Bd. 3), aux régions sus- et sous-claviculaires, au pied (Israël, *Lymphangiectasia diffusa pedis dextri*, Lang. Arch., t. XX, p. 296). Selon leur siége ils peuvent devenir très-désagréables en déterminant de la défiguration, en altérant par traction et par pression la forme des os; ailleurs ils deviennent dangereux en déterminant des symptômes de compression nerveuse, vasculaire et provoquant l'atrophie musculaire.

L'inflammation des lymphangiectasies prend volontiers

un caractère malin. Par rupture graduelle ou traumatique des téguments, ils peuvent devenir la source de lymphorrhagie.

Leur marche est lentement progressive; toutefois il peut s'y établir une sorte de guérison spontanée par transformation du tissu caverneux en tissu fibreux. Wernher et Tofft ont observé un autre mode de guérison spontanée, qui est devenu le point de départ d'un mode de traitement.

Le diagnostic sera généralement facile pour la macroglossie, la macromélie, la macrochilie; il le sera aussi pour les kystes congénitaux. Mais il faudra néanmoins tenir compte toujours des tumeurs dans lesquelles peuvent se développer des espaces kystiques, les lipômes, les myxômes, les sarcômes, les fibrômes; il faudra élaguer l'angiome sanguin, la hernie (surtout épiploïque), l'abcès froid, les bubons. Les formes diffuses, il ne faudra pas les confondre avec l'éléphantiasis. Dans les formes kystoïdes, il sera quelquefois nécessaire, pour fixer le diagnostic, de recourir à la ponction exploratrice.

Le pronostic est généralement bon; mais il est assombri par la facilité des inflammations de mauvaise nature, dont toutefois la fréquence a sensiblement diminué depuis l'introduction du pansement de Lister. Quand on les extirpe totalement, il n'y a pas à craindre de récidive: mais il existe des cas très-graves, où les kystes se développent à une profondeur où le bistouri ne saurait atteindre sans exposer le malade à un danger non moins imminent que celui qu'il court par le fait même de la maladie; ce sont les kystes profonds : ici

le pronostic est mauvais, comme le prouvent les cas de Valenta, Veit, Trélat, etc. La lymphorrée n'est devenue que très-rarement une véritable source d'inquiétude.

---

Au bilan de la science est venue s'ajouter dans le courant de cette année[1] une observation recueillie par Pinner et ayant trait à un jeune garçon de 14 ans, né avec une tumeur du volume d'un œuf de poule, siégeant sur le trajet de la ligne axillaire gauche, à la hauteur des 5e et 6e côtes. Une ponction pratiquée par un médecin était restée inefficace, et quand le petit malade fut présenté à Pinner, la tumeur avait envahi la plus grande partie de la moitié gauche du thorax, présentant dans sa partie supérieure plusieurs lobes séparés par des brides rigides et correspondant à autant de foyers de fluctuation. Le traitement qui fut alors institué, consista à pratiquer la ponction dans le but de vider la tumeur et à lui faire succéder un lavage avec une solution à 3 % de chlorure de zinc, Pinner ayant préféré ce médicament à la teinture d'iode, qu'il redoutait à cause de l'accident arrivé à Trendelenburg, et au phénol, dont il craignait l'action toxique. Après que le liquide irritant fut évacué, la tumeur fut frottée et massée pour que tous les recoins de la poche en fussent imprégnés, puis une éponge compressive et de l'ouate salicylée y furent appliquées. Deux injections ainsi secondées par le frottement et la compression

---

1. Pinner. Ein Fall von Lymphangioma Cystoïdes der Brust. Centralblatt f. Chirurgie, 1880, N° 12.

suffirent pour changer la tumeur en une masse fibreuse, dure et résistante, le tout sans la moindre élévation de température.

Cette observation est surtout très-importante, parce que les localisations au thorax comptent encore toujours parmi les moins connues. Nous rangeons sur la même ligne les deux cas suivants, que M. le professeur Lücke a eu l'obligeance de nous communiquer.

### Ire Observation (de M. le Prof. Lücke).

*M. L...*, de Strasbourg, âgé de quelques mois seulement et d'une constitution délicate, fut amené à M. Lücke par ses parents qui venaient de remarquer une tumeur sous la peau de la région lombaire droite. Cette tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'une consistance molle, presque fluctuante, d'apparence lobulée, était bien limitée du côté de la peau, mais ne se laissait pas poursuivre dans la profondeur. Fort de ces signes, M. Lücke la prit pour un lipôme adhérent à l'aponévrose superficielle et traversant peut-être cette aponévrose.

Cinq ans plus tard, l'enfant fut de nouveau présenté à M. Lücke, qui trouva son état bien changé. Depuis l'aisselle en haut jusqu'à la région lombaire en arrière, et limitée en avant par les fausses côtes, s'étendait une vaste tuméfaction qui ne pouvait être distinctement circonscrite nulle part et dont le maximum de développement correspondait à cette partie de la région lombaire droite où s'était trouvée, lors du premier examen, la tumeur congénitale; cette dernière, bien moins circonscrite, maintenant qu'elle était perdue dans la masse commune, se distinguait encore aisément à la palpation. Toute la région gonflée était parfaitement indolore, ne présentait aucune coloration anormale de la peau et était réductible par la pression et des frictions prolongées. Les parents avaient observé à diffé-

rentes reprises des variations spontanées de volume et, l'enfant s'étant mis à crier, M. Lücke put observer ce phénomène lui-même. Cette fois-ci le diagnostic fut fixé sur un *lymphangiome sous-cutané diffus*. Il fut facile d'ailleurs d'extraire de la tumeur, au moyen d'une seringue de Pravaz ordinaire, des quantités très-appréciables de sérum lymphatique. Ces ponctions ayant été accompagnées de quelques déchirements du tissu morbide avec la canule de la seringue, il s'établit aux endroits correspondants des inflammations locales, accompagnées de quelque malaise général et d'un léger mouvement fébrile; mais du reste autant de petits foyers d'inflammation, autant de points où la tuméfaction disparut. En conséquence de ce résultat, M. Lücke pratiqua des injections méthodiques de solution à 2,5 pour cent d'acide phénique, et parvint de cette manière à mettre un terme complet au mal.

### II^e^ Observation (de M. le Prof. Lücke).

*Xavier S...*, âgé de 7 ans, né à Haguenau, a toujours été bien portant et présente d'ailleurs d'excellents antécédents de famille. Depuis un an et demi la peau de l'aisselle droite est le siége d'un gonflement qui décide les parents à venir consulter M. Lücke.

Dans la région axillaire droite on constate une tuméfaction diffuse, non fluctuante, qui s'étend en bas et un peu en avant sur une étendue égalant celle d'une main d'adulte. Ni rougeur, ni engorgement ganglionnaire. En exerçant une pression prolongée sur la tumeur, on parvient à la réduire sensiblement; puis on la voit se remplir lentement de manière à reprendre peu à peu son volume primitif. De pareilles oscillations se sont produites aussi spontanément au dire des parents. Le diagnostic fut posé immédiatement sur un *lymphangiome sous-cutané diffus* et confirmé par l'extraction de lymphe au moyen de la seringue de Pravaz.

Le traitement consista en injections de teinture d'iode pure d'abord à la limite de la tumeur, puis dans le tissu malade; continué pendant plusieurs mois, il aboutit à la cicatrisation définitive.

III[e] Observation (recueillie à la Clinique chirurgicale de l'Université de Strasbourg).

*André Zins*, âgé de 7 mois et demi, né à Gross-Riedrichingen, est porteur depuis sa naissance d'une tumeur du cou, qui, au dire de la mère, n'a augmenté de volume que d'une façon peu appréciable. Assez dure au toucher dans les premiers temps, elle doit avoir pris, depuis un mois à peu près, une consistance plus molle. Entre à l'hôpital, salle 111, le 9 novembre 1875.

Le petit malade présente toutes les apparences d'une très-bonne santé; mais la joue droite et la région latérale droite du cou sont occupées par une tumeur qui, commençant derrière l'oreille, sans toutefois intéresser cet organe, va pendre comme une grande bourse jusqu'au sternum. Cette tumeur, de la grosseur d'un poing d'adulte, se perd au niveau du menton, ne dépassant guère la ligne médiane. Elle s'arrête en bas, au niveau de la clavicule, sans pénétrer dans la cage thoracique. La peau qui la recouvre est normale. Sa consistance est molle, fluctuante; elle ne diminue pas de volume, d'une façon appréciable, à la pression. A travers cette masse molle et dépressible on peut sentir la mâchoire inférieure libre de toute connexion avec elle, de même que le larynx, la glande thyroïde, la glande sous-maxillaire. On pratique une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz et on en retire ainsi une sérosité claire, tirant un peu sur le rouge, dans laquelle l'analyse microscopique décèle la présence d'une quantité considérable de globules blancs et qui se coagule spontanément. Il n'y a pas à hésiter pour le diagnostic, qui est posé sur un lymphangiome caverneux.

*Opération le 3 décembre 1875.* Le petit malade étant soigneusement emmailloté, tandis qu'un aide saisit, entre les branches d'une pince de Muzeux, un pli de la peau qui recouvre la tumeur, M. le professeur Lücke, après avoir passé 4 fils de soie à travers la base de ce pli, excise avec des ciseaux la partie qui se trouve en dehors de la ligature. Au fond de la plaie ainsi produite, on aperçoit la surface luisante d'un kyste qu'on incise et d'où s'écoule une grande quantité de sérosité sanguinolente; le tissu dans lequel ce kyste est contenu est spongieux et la surface interne de l'enveloppe est tapissée de trabécules interceptant de petits récessus. Apparemment il n'y avait là qu'un tissu caverneux diffus, dont une partie, en s'ectasiant indéfiniment, a fini par prendre la forme kystique par fusionnement d'un grand nombre de cavernules.

La poche se laisse facilement isoler d'abord, mais son dégagement nécessite une dissection très-soigneuse dans la profondeur, où elle est en connexion intime avec la veine jugulaire interne qu'on aperçoit gorgée de sang au fond de la plaie. Pendant le cours de cette opération, il se produisit, à deux reprises différentes, une hémorrhagie veineuse très-abondante qu'on put arrêter en tamponnant avec de l'ouate imbibée d'eau de Pagliari.

Une fois le kyste enlevé, on réunit la plaie, longue de 5 centimètres et parallèle au bord inférieur du maxillaire inférieur à ses deux extrémités par quelques points de suture; on la laisse ouverte au milieu, en se contentant d'en maintenir les lèvres avec une bande de mousseline collodionnée. Puis on applique le pansement de Lister. L'enfant étant très-agité après l'opération, et criant beaucoup, on lui donne de temps en temps de très-petites quantités de sirop de morphine, qui ne tardent pas à le calmer.

*3 décembre au soir.* Le petit opéré est plongé dans un sommeil tranquille. Quoiqu'il soit très-anémié, l'état général est satisfaisant. La température est à 37°.

*4 décembre.* Une nouvelle hémorrhagie s'est déclarée cette nuit et a nécessité l'ablation des sutures. On la conjure en tamponnant la plaie avec de l'ouate imbibée d'eau de Pagliari; puis on recolle les lèvres de la plaie avec de la mousseline collodionnée. L'hémorrhagie s'arrête.

La température du matin est à 39°, celle du soir à 39°,6. Néanmoins l'état général est rassurant. L'enfant a eu une selle dans le courant de la journée, crie peu, témoigne quelque appétit. L'appareil a été levé le matin et le soir dans la crainte d'une nouvelle hémorrhagie.

*5 décembre.* Température du matin = 39,8.

— soir = 40.

Comme il ne s'est plus produit d'hémorrhagie, on ne lève plus l'appareil au soir.

Du 6 au 12 décembre, les températures oscillent entre 38°,9 et 40°; mais il ne se produit aucun incident digne de remarque.

*12 décembre.* La plaie sécrète des quantités modérées d'un pus un peu séreux; les tissus avoisinants sont indurés. A la place du kyste enlevé par l'opération, on voit une cavité profonde de 3 centimètres, dans laquelle on introduit une bande de taffetas vert. Comme les bourgeons sont pâles et diffluents, on panse avec de l'ouate imprégnée de vin camphré. Amélioration légère de l'état général. L'enfant reprend quelque couleur.

Du 13 au 16, la température descend sensiblement; normale le matin, elle n'atteint que 38° le soir.

*16 décembre.* Ascension brusque de la température, qui monte à 39°,2 ce matin. La nuit a été très-agitée. L'appétit est mauvais. Léger degré d'opisthotonos. Quelques râles humides sont perçus à l'auscultation des parties déclives du poumon droit. Peu de toux. Pas de selle.

*17 décembre.* Amélioration notable en comparaison d'hier. La nuit a été bonne. Il s'est produit une selle spontanée. Plus de toux. La température baisse; 38°,7 au matin, elle ne monte qu'à 38°,4 au soir.

*21 décembre.* On remarque un abcès à 2 travers de doigt au-dessus de l'omoplate gauche. A l'incision, il s'en écoule une grande quantité de pus bien lié. On y introduit une bande de taffetas. La température du soir est à 37°,5.

*24 décembre.* Nouvelle exacerbation (39°,4 ce matin), dont rend facilement compte une petite fusée qui s'est développée sous le menton, dépassant un peu la ligne médiane ; en exerçant une pression modérée sur l'élevure de la peau, qui en résulte, on parvient aisément à la vider par la plaie de l'opération. — Ce soir la température est retombée à 38°,5.

*26 décembre.* On introduit un tube à drainage. Les températures restent normales jusqu'au 3 janvier, où une incisive supérieure perce en s'annonçant par un mouvement fébrile modéré.

*4 janvier 1876.* Chute définitive de la fièvre. On irrigue la plaie avec un peu de solution de Lugol.

*13 janvier.* La plaie est complétement fermée.

*15 janvier.* L'enfant quitte l'hôpital complétement guéri, sauf un léger engorgement ganglionnaire à droite. La cicatrice est encore fortement vascularisée; mais toute trace de tumeur a disparu. — On est resté depuis sans nouvelles du petit malade.

### IV^e^ Observation (recueillie à la Clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg).

*Hans, Jean-Baptiste,* âgé de 4 ans et né à Wesserling (Haut-Rhin), entre à la salle 111 le 6 novembre 1879. — Antécédents de famille bons. — Vers le 4^e^ mois de sa vie, ses parents avaient remarqué que le côté droit du cou était le siége d'un gonflement modéré. La tuméfaction n'augmenta guère d'une façon appréciable dans les premiers temps; mais à l'âge de 3 ans, elle se mit soudain à croître et atteignit rapidement des proportions considérables. Le médecin qu'on consulta à ce sujet fit des appli-

cations de teinture d'iode sans obtenir aucun résultat. Il ne fut pas plus heureux avec le sirop d'iodure de fer qu'il administra à l'intérieur. Comme la tumeur grandissait de jour en jour, on envoya le petit malade à l'hôpital de Strasbourg, pour l'y soumettre à une opération.

A son entrée au service de M. Lücke, le petit malade, bien constitué du reste, présente l'état suivant: La région sous-maxillaire droite est occupée par une tumeur empiétant en arrière sur la partie inférieure de la région parotidienne et limitée en bas par une ligne horizontale passant par le bord inférieur du cartilage thyroïde. La peau qui la revêt, est normale et ne lui est pas adhérente. Cette tumeur, de forme arrondie, se compose de deux lobes séparés par une bride rigide dirigée de haut en bas et un peu d'arrière en avant. Chacun d'eux, palpé à travers la peau, a la grosseur d'une noix; ni l'un ni l'autre ne se laisse réduire par la compression. Douleurs nulles. En fixant soigneusement la tumeur, on peut y percevoir de la fluctuation, tant dans chacun des lobes en particulier, que de l'un à l'autre. Elle est libre de toute adhérence au maxillaire inférieur, à la glande thyroïde; la glande sous-maxillaire est à sa place habituelle et ne présente aucune altération appréciable; par contre les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire ont entièrement disparu, de même que celui qui se trouve en avant de l'artère faciale au bord antérieur de l'insertion inférieure du masséter. Si la tumeur est libre de toute connexion en dehors et à la périphérie, il n'en est pas de même dans la profondeur, où on ne saurait la circonscrire. M. le professeur Lücke diagnostique lymphangiome caverneux avec formation d'un kyste divisé en deux lobes par une bride de tissu fibreux.

*Opération le 18 décembre 1879.* Le malade étant chloroformisé, M. Lücke pratique dans la peau qui recouvre les kystes, une incision longue de 4 centimètres, parallèle au bord inférieur de la mâchoire inférieure et courant à un travers de doigt au-dessous de lui. Après qu'on a sec-

tionné la peau et l'aponévrose superficielle, on arrive sur la tumeur, qui se compose, comme on l'avait diagnostiqué, de deux kystes qui, maintenant qu'ils apparaissent sans aucun revêtement, n'ont plus que la grosseur d'une cerise chacun. Leur paroi présente une coloration légèrement brunâtre; comme on l'avait prévu, ils communiquent ensemble, vu que l'un d'eux ayant été percé pendant l'opération, les deux se vident, laissant échapper un liquide séreux qu'on ne peut recueillir parce qu'au même moment il se produit une hémorrhagie veineuse très-abondante qu'on ne peut arrêter qu'à grand'peine. Puis, après avoir dégagé les deux kystes, on en voit plusieurs autres qui pénètrent dans la profondeur, mais qui sont tous en connexion très-intime avec plusieurs veines très-volumineuses. La dissection de l'un d'eux est accompagnée d'une nouvelle hémorrhagie, qu'on conjure en tamponnant avec de la mousseline phéniquée; on s'abstient de suturer en prévision de quelque hémorrhagie consécutive. Puis on applique le pansement de Lister.

*18 décembre* (après l'opération). Il ne se produit pas d'hémorrhagie. L'opéré a vomi à plusieurs reprises. La température est à 36°,4.

*19 décembre.* 38°,1 le matin, 38°,4 le soir. En levant le pansement, on retire la mousseline; l'hémorrhagie est entièrement tarie. La plaie ne présente pas trace de réaction inflammatoire.

*20 décembre.* La température du matin est à 37°,1, celle du soir à 39°. Comme la plaie a bon aspect, on attribue ce mouvement fébrile à la constipation qui dure depuis 2 jours et on administre une cuillerée d'huile de ricin.

*21 décembre.* Selles abondantes, qui amènent la chute de la température. Pas de douleurs.

*22 décembre.* Ascension de la température, qui monte à 39°,2 au matin, 39°,7 au soir. Comme la plaie est remplie de bourgeons charnus, qui pourraient faciliter la rétention du pus, on introduit un tube à drainage.

*23 décembre.* Chute sensible de la fièvre. L'enfant témoigne quelque appétit. La plaie commence à se fermer aux deux extrémités.

*24 décembre.* Nouvelle élévation de la température, qui atteint encore 39°,6 au soir. La plaie est remplie de granulations vigoureuses. L'état général est bon. On nettoie soigneusement la plaie et on change le tube à drainage.

*25 décembre.* Chute de la température, qui reste normale à partir de ce jour, sauf le 27 au soir, où elle présente une dernière ascension et remonte à 39°,7.

*31 décembre.* L'amélioration persiste. L'état général est excellent.

*6 janvier 1880.* Les bourgeons charnus remplissent la plaie jusqu'aux bords, dont les deux extrémités sont cicatrisées.

*10 janvier.* La plaie est fermée.

*17 janvier.* La cicatrice commence déjà à pâlir et correspond exactement au bord inférieur de la mâchoire inférieure. Le gonflement ayant entièrement disparu, l'enfant est renvoyé à ses parents.

On le ramène au service le 10 mai, parce que la tuméfaction a repris. Effectivement on trouve à l'extrémité postérieure de la cicatrice, qui ne présente d'ailleurs plus qu'une légère teinte rosée, une tumeur difficile à circonscrire nettement, de consistance molle, élastique, non fluctuante, non réductible, adhérente à la peau et présentant une surface bosselée; elle correspond exactement à l'angle de la mâchoire inférieure avec laquelle elle ne présente d'ailleurs aucune connexion. On garde l'enfant en observation pendant un mois, mais sans plus remarquer d'accroissement appréciable. La santé générale est excellente. Comme la première opération, exécutée au bistouri, s'était compliquée d'une violente hémorrhagie, M. le professeur Lücke a recours de préférence au cautère actuel.

Le 11 juin, le petit malade étant maintenu dans la nar-

cose chloroformique, tandis qu'un aide fixe la tête dans une position appropriée, M. Lücke pratique avec le thermo-cautère de Paquelin trois cautérisations profondes d'environ 1 centimètre chacune dans le tissu nouvellement tuméfié, dans le but d'y provoquer une inflammation intense capable d'en déterminer la cicatrisation. Puis on applique sur la région opérée de la mousseline mouillée et on achève le pansement comme à l'ordinaire.

Sauf quelques vomissements consécutifs à la chloroformisation, l'état général de l'enfant reste absolument inaltéré après cette seconde opération, et la température ne dépasse guère que de peu de dixièmes de degré le chiffre normal. Mais les résultats de la cautérisation dépassèrent les résultats qu'on en attendait et trois jours après il fut manifeste que la gangrène s'était emparée de la portion triangulaire de tissu comprise entre les trois pointes de feu. Tous les jours on peut extraire quelque lambeau sphacélé de la plaie, qui se remplit à mesure de bourgeons charnus. Le 5 juillet, les granulations très-vivaces arrivent au niveau de la surface cutanée et, vu l'excellent état dans lequel s'est maintenue la santé du petit malade, qui n'a cessé de circuler dans les salles du service, il est à présumer que dans peu de jours il sera définitivement guéri.

La récidive s'étant instituée sans aucune manifestation inflammatoire, il est bien probable qu'elle est due à quelques cavernules restées en place à l'extrémité postérieure de la plaie et que l'hémorrhagie avait empêché de distinguer. Elle donne un grand intérêt à cette observation, parce qu'elle confirme l'avis de Wegner, qui conseille d'empiéter dans l'excision, autant que faire se peut, sur le tissu sain.

Voilà maintenant les résultats de l'analyse microscopique de la pièce datant de la première opération, tels que M. le professeur v. Recklinghausen a eu l'extrême obligeance de nous les communiquer.

Le kyste, du volume d'une pomme de moyenne grandeur, présente de nombreuses bosselures correspondant à des

petites cavités latérales. Sa paroi est généralement dure. Sa surface interne, cloisonnée, est occupée par des petites fossettes et des petites fentes nombreuses serrées les unes contre les autres, qui donnent, en petit, à sa cavité l'aspect de celle d'un ventricule cardiaque. Une partie des fossettes mène dans les petits diverticules qui font saillie en dehors.

Examinée au microscope, après durcissement préalable dans la liqueur de Müller, l'enveloppe présente une couche interne, dense, composée de faisceaux conjonctifs s'entrecroisant obliquement, et de grandes cellules à prolongements ramifiés; mais elle n'est pas revêtue d'un épithélium distinct et est absolument privée de vaisseaux; aussi sa structure présente-t-elle la plus grande analogie avec les plaques sclérosées de la tunique interne (*Intima*) des artères. A cette couche fait suite un tissu connectif lâche qui n'est parcouru que de quelques faisceaux brillants, sclérosés, et contient en beaucoup d'endroits de nombreux vaisseaux sanguins. L'épaisseur de cette couche varie; mais elle compense par là les inégalités de la couche externe dont elle remplit en partie les cavités. En certains endroits de cette couche, comme on le reconnaît le mieux sur des coupes horizontales, il existe des lacunes microscopiques qui sont remplies, les unes, de cellules géantes riches en noyaux, qui, les autres, constituent sous forme de fentes et de canalicules un système anastomosé muni d'un revêtement endothélial; les cellules de ce dernier sont petites, anguleuses, munies de noyaux très-distincts et très-grands; mais leurs contours sont tellement effacés qu'elles se fusionnent en formant des cellules géantes. On découvre aussi dans le tissu cellulaire lâche qui se trouve en dehors des foyers contenant plusieurs cellules géantes grandes et plattes, sans qu'il soit possible de découvrir une enveloppe propre à ces foyers.

On trouve déposées, dans la couche la plus extérieure, des traînées de pigment brun amorphe; on y voit aussi des

petits foyers hémorrhagiques faisant suite à des vaisseaux, plus un tissu tout spécial, qui n'est autre que du tissu de ganglion lymphatique disséminé en foyers microscopiques, il est vrai, mais présentant la structure typique des ganglions normaux et parcouru de cellules pigmentaires. Ces foyers se prolongent sous forme de cordons dans le tissu connectif lâche ambiant, où ils constituent des gaînes épaisses à des vaisseaux qu'on reconnaît aisément pour des veines. Quant aux artères, leur tunique adventice semble libre de cette adjonction de substance lymphoïde, du moins là où elles sont isolées. Enfin on trouve en dehors du kyste, et très-peu adhérent à son enveloppe, un ganglion lymphatique ordinaire, large de 4 millimètres. La gaîne connective des vaisseaux sanguins de plus gros calibre paraît bien un peu épaissie, mais ne contient pas de tissu lymphoïde.

*Diagnostic.* Lymphangiome kystique, probablement développé dans un ganglion lymphatique (ainsi lymphangiome ganglionnaire, lymphadénocèle d'Anger), et se continuant bien distinctement par des cordons lymphomateux le long de la gaîne des veines; de plus, formation d'un tissu connectif scléreux envahissant la totalité de la couche interne du sac. (Inflammation?)

Nous trouvons dans ce cas une preuve bien évidente à l'appui de ce que nous avancions quand nous pensions que les lymphadénocèles d'Anger ne sont pas si visiblement plus à craindre que les lymphangiomes simples. En effet, la marche a été très-favorable. Les élévations de température observées dans le cours de la guérison après la première opération, ne doivent pas étonner chez un enfant de cet âge; d'ailleurs elles étaient motivées les unes par de la constipation, les autres par la rétention de pus. Mais aucune d'elles n'a été l'expression d'une infection du sang, et pourtant toute la poche était constituée en partie par un ganglion lymphatique modifié, en partie par des reliquats absolument intacts de ce ganglion et se prolongeait dans les

tissus périphériques sous forme de cordons de même nature s'adjoignant à la gaîne des veines.

### Ve Observation (recueillie au service chirurgical de M. le Prof. Bœckel).

*Louise Poure,* âgée de 36 ans, née à Plaine, où elle vit sans état. Elle a perdu récemment son père, mort de vieillesse à 78 ans. Elle a encore sa mère, qui est bien portante. Elle-même, toujours parfaitement réglée, a toujours joui d'une excellente santé. Depuis quelque temps elle éprouvait de la lourdeur et de l'engourdissement du membre supérieur gauche toutes les fois qu'elle s'occupait d'une façon prolongée dans son ménage, quand, au commencement de juin 1880, après une fatigue, elle ressentit une douleur sourde, bien localisée à l'épaule gauche. En promenant la main sur la région douloureuse, elle la trouva dure et gonflée, ce qu'elle put confirmer en s'examinant devant une glace. Elle alla consulter son médecin qui, pensant avoir affaire à un anévrisme de la sous-clavière, l'adressa à M. le professeur Bœckel; le 3 juin elle fut admise à la salle 34.

C'est une femme d'une constitution robuste et présentant toutes les apparences d'une bonne santé. La région sous-claviculaire droite paraît gonflée à la simple aspection; à la palpation de cette région seule on perçoit un corps mal délimité, dur, élastique, se perdant peu à peu dans la périphérie et présentant de la fluctuation profonde, ainsi une tumeur apparemment recouverte par les muscles pectoraux, ce qui devient bien évident quand on examine simultanément par la fosse sous-claviculaire et par le creux de l'aisselle; en même temps ce mode d'examen donne des renseignements plus exacts sur la forme de la tumeur, qui est arrondie, a la grosseur d'une pomme et présente une fluctuation bien évidente, mais de pulsations point, tandis qu'on peut facilement percevoir les mouvements rythmiques de l'artère axillaire qui passe en dehors de la tumeur. Pas

de bruit de souffle à l'auscultation. Ce n'est donc pas un anévrysme; ce n'est pas davantage un kyste hydatique, parce qu'il ne présente pas de frémissements. Il ne peut pas être question d'un abcès pour un corps arrondi, à limites aussi distinctes à l'examen combiné (aisselle et r. sous-claviculaire). Le diagnostic reste pendant et on se contente de consigner la présence d'une poche bien limitée, presque mobile dans le tissu cellulo-adipeux de la région sous-claviculaire et empiétant sur le sommet de l'aisselle. La douleur a du reste entièrement disparu.

*Opération le 5 juin 1880.* La malade étant étendue sur le dos et chloroformisée, M. le professeur Bœckel pratique, suivant la direction des fibres du grand pectoral, une incision qui commence immédiatement sous le clavicule et se prolonge sur une longueur de 4 à 5 centimètres de haut en bas et de dedans en dehors. La peau et l'aponévrose superficielle sont successivement sectionnées; puis on sépare, à coups de bistouri, les fibres du grand pectoral, ce après quoi on aperçoit dans la plaie, maintenue béante au moyen de crochets mousses, un corps rond, de couleur brunâtre, d'où s'écoule, à la ponction, une grande quantité d'un liquide en tout semblable à du sang veineux. Ce kyste présente si peu de connexions avec le tissu cellulo-graisseux qui l'entoure, qu'on peut l'en retirer en ne s'aidant guère que des doigts et du manche du bistouri. L'hémorrhagie est peu appréciable. On lave la plaie à l'eau phéniquée, puis on ferme par quelques points de suture entortillée après avoir introduit un tube à drainage de moyen calibre. Puis on recouvre de mousseline imprégnée de solution phéniquée et on achève le pansement, en ayant soin de maintenir le bras par un bandage de corps.

Aucun accident ne vient entraver la guérison de la plaie, qui se remplit bien vite de granulations. On peut en retirer le tube à drainage dès le sixième jour, sans qu'il se produise de fusées dans la suite. La température est restée normale, sauf le second jour au soir, où elle monte à 39°.

Cette poche, comme celle de l'observation précédente, a été examinée par M. le professeur v. Recklinghausen.

Nous reproduisons ici les faits tels qu'il a bien voulu nous les communiquer:

Le kyste, de la grosseur d'un poing d'enfant, présente de nombreuses anfractuosités dont plusieurs constituent des diverticules isolés. La surface interne est couverte d'un système trabéculaire très-développé qui ressemble frappemment au système des colonnes charnues du cœur d'une part, de l'autre à celui de l'oreillette droite. Les parois des diverticules présentent l'aspect de membranes séreuses et ne sont pas nettement séparables du tissu connectif lâche qui enveloppe la tumeur; ce dernier, parsemé de lobules graisseux, contient, sur l'un des côtés du kyste, 6 à 8 ganglions lymphatiques parsemés de points brunâtres et de petits foyers hémorrhagiques. En un endroit de la paroi kystique proprement dite, on trouve également une glande lymphatique, restée normale dans sa structure microscopique, et ailleurs, dans le tissu enveloppant lâche, une autre qui s'est applatie sur la tumeur et qui se continue par des cordons dans ce tissu. Dans la paroi des diverticules il se trouve également de nombreux petits ganglions lymphatiques et c'est par eux que leur couche externe se trouve épaissie.

Au microscope, on trouve la paroi du kyste composée de deux couches distinctes, l'une interne, l'autre externe, et cette structure se maintient aux endroits les plus minces qui correspondent aux anfractuosités. La couche interne, généralement plus dense, se compose de faisceaux fibrillaires entrecroisés, de petites cellules lymphatiques, de cellules plus grandes, connectives, ramifiées, et est sillonnée de vaisseaux sanguins. La couche externe, plus lâche et plus vascularisée, se distingue surtout par la présence d'un tissu identique à celui qui constitue les ganglions lymphatiques, et par celle de petites masses hyalines

toutes particulières (tissu connectif sclérosé en voie de formation?) Cette couche ne se trouve pas limitée en dehors du tissu lâche enveloppant. Aux diverticules, surtout dans plusieurs d'entre eux dont la paroi est particulièrement épaisse, il vient s'ajouter aux deux couches décrites une troisième interne, inégale, qui reproduit la structure des plaques endartéritiques.

Le tissu lymphoïde se laisse facilement poursuivre dans la substance enveloppante, surtout dans les lobules adipeux; et il y pénètre le long de la gaîne des vaisseaux veineux. C'est ainsi qu'on peut isoler de grands segments de veines entourées de tissu folliculaire lymphatique qui parcourent cette couche enveloppante. Aux gaînes des artères, des dépôts de ce genre ne sont représentés qu'en quantités insignifiantes. Il n'existe pas sur cette pièce de nids de cellules géantes. Les ganglions lymphatiques, tant ceux qui sont accolés à la paroi kystique que ceux qui en sont plus éloignés, sont généralement altérés ; les follicules et les cordons folliculaires sont très-distanciés les uns des autres et contiennent de grandes cellules pigmentaires brunes et par-ci par-là quelques foyers hémorrhagiques. Entre eux se trouve du tissu connectif très-lâche à mailles très-larges, dans lequel sont creusés des fentes et des canaux lymphatiques très-ectasiés et munis d'un revêtement endothélial. Cette même altération se retrouve dans les masses folliculaires de la paroi kystique.

*Diagnostic.* Lymphangiome ganglionnaire kystique. Développé à l'origine dans un ganglion lymphatique, il s'est propagé sous forme d'une métamorphose lymphomateuse dans le tissu ambiant, en suivant la gaîne des vaisseaux, surtout des veines. Métamorphose scléreuse partielle à la surface des kystes appendiculaires (inflammatoire?).

On voit qu'ici encore la forme ganglionnaire n'a pas été compliquée des accidents que redoutaient Nélaton, Angér, Georgjevic et d'autres. L'état général est resté

très-satisfaisant et une élévation de température unique a été le seul incident remarqué dans le cours de la guérison. Mais ce qui constitue le principal intérêt de cette observation, est sa grande rareté au point de vue de sa localisation dans la région sous-claviculaire.

## IV. TRAITEMENT.

Nous n'insisterons pas longuement sur le traitement, dont nous avons eu lieu de parler à différentes reprises dans le cours de cette histoire. Les différents moyens chirurgicaux usités peuvent se grouper en deux catégories, ayant pour but: la première, l'ablation de la tumeur; la seconde, le recollement des parois des kystes et des cavernules après évacuation préalable de leur contenu, en d'autres termes, la condensation, la cicatrisation du tissu caverneux et kystique. Mais les deux ne trouvent pas indifféremment leur application dans le cas particulier, et c'est ici que se trouve pleinement justifiée la division des lymphangiomes en deux formes cliniques distinctes : la forme diffuse et la forme circonscrite. En effet, on ne songera jamais à éloigner par excision des lymphangiomes occupant d'une manière diffuse une grande étendue du corps, comme dans les deux cas de M. le professeur Lücke consignés dans nos deux premières observations.

Les lymphangiomes circonscrits, qu'ils soient caverneux, simples ou kystoïdes, peuvent être enlevés au bistouri; mais il sera bon de s'attendre d'emblée aux hémorrhagies éventuelles, comme nous les avons vues dans nos deux cas de la clinique chirurgicale (Obs. III

et IV). C'est pour cette raison que certains auteurs ont préféré, en particulier pour le lymphangiome de la langue, l'écraseur et l'anse galvano-caustique comme des moyens mettant à l'abri de cette complication. Il s'entend de soi qu'ils ne pourront pas être employés dans la plupart des autres localisations. De quelque façon que l'on opère, il sera toujours prudent d'enlever, avec la tumeur, une partie du tissu périphérique en apparence sain, parce qu'il est souvent le siége d'altérations microscopiques (voy. Obs. IV et V), qui peuvent devenir dans la suite le point de départ de récidives. Ainsi pratiquée, l'ablation sera toujours le moyen le plus recommandable.

Mais on n'a pas appliqué ce mode de traitement à toutes les tumeurs lymphatiques circonscrites, et bien des formes kystoïdes ont été combattues par les nombreux moyens que nous réunissons dans la seconde catégorie et qui s'appliquent à toutes les formes diffuses.

L'opération la plus simple, et en même temps la plus naturelle, consistait à vider les kystes par ponctions répétées; et en cela on suivait la voie tracée par la nature dans les deux observations de Wernher et de Tofft (Maunoir, Hawkins, Wernher). Les résultats laissaient beaucoup à désirer, parce que les kystes se remplissaient à mesure de liquide toujours nouvellement formé. Pour obvier à cet inconvénient, Jobert (de Lamballe) laissait à demeure, dans la paroi du kyste, une canule qui permettait un écoulement constant du liquide, en même temps que les cavités étaient constamment irritées au contact de l'air, ce qui favorisait la formation d'adhérences curatrices. C'était bien

un progrès; mais l'irritation fut obtenue plus sûrement et plus rapidement quand Velpeau eut indiqué les injections de teinture d'iode. Maunoir avait pratiqué des injections vineuses; d'autres ont employé aussi le chloroforme (Fischer), l'acide phénique (Lücke), le chlorure de zinc (Pinner), le perchlorure de fer (Israël). Ce dernier est tout-à-fait à rejeter, et Israël n'eut pas lieu de s'en féliciter, son malade ayant présenté, peu d'heures après l'injection, les symptômes d'une septicémie qui devint rapidement mortelle. Trendelenburg a beaucoup recommandé l'iode, malgré le fâcheux résultat de son premier essai. Cet auteur est d'avis que les nouveau-nés même supportent facilement ce médicament injecté à la dose de 1 gramme. Il conseille de pratiquer cette opération à une époque aussi rapprochée que possible de la naissance. M. Lücke, qui employa aussi la teinture d'iode pure (voy. Obs. II), enraya la progression de la tumeur à la périphérie, avant d'attaquer la masse morbide même.

On a aussi provoqué l'inflammation au moyen de corps solides. Déjà Maunoir, dégoûté de ses injections vineuses, avait eu recours au séton, moyen dangereux, parce qu'on ne peut jamais calculer le degré de la réaction, qui souvent dépasse la limite qu'on désire atteindre. Maunoir vidait le kyste, puis le traversait avec un séton de part en part et suivant son plus grand diamètre. Beau a eu recours à ce moyen dans la dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques du prépuce. Il y introduisait un fil de soie, qu'il en retirait au bout de quelques heures.

D'autres encore ont pratiqué l'incision du kyste,

qu'ils bourraient ensuite de charpie. Cette opération, exécutée avec les précautions instituées par Lister, pourrait être considérée comme un moyen de tourner sans trop de désavantage les désagréments de l'excision, mais lui est incomparablement inférieure. On a secondé l'incision par le cautère potentiel et actuel. Nélaton promenait dans le sac incisé un fil de platine chauffé au rouge, auquel on peut très-avantageusement substituer aujourd'hui le thermo-cautère de Paquelin.

Nous avons négligé de mentionner la compression, la contention, moyens dirigés contre le lymphadénocèle par les chirurgiens qui en bannissaient l'opération. Mais jamais une tumeur lymphatique n'a été guérie par des bandages, des caleçons compressifs, etc., qui ne peuvent, par conséquent, revendiquer d'autre titre que celui de moyens palliatifs.